КРУГЛЫХЪ МАТОЧНЫХЪ СВЯЗОКЪ

(Abbreviatio ligamentorum rotundorum uteri),

КАКЪ МЕТОДЪ ОПЕРАТИВНАГО ЛЕЧЕНІЯ НѢКОТОРЫХЪ НЕПРАВИЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЙ МАТКИ.

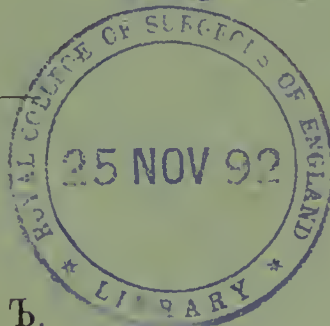
ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лекаря

Іосифа Рясенцева.

(Изъ акушерско-гинекологической клиники профессора К. Ф. Славянскаго).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типо-Литографія А. М. Вольфа, Большая Итальянская, д. 2.

1887.

УКОРОЧЕНІЕ КРУГЛЫХЪ МАТОЧНЫХЪ СВЯЗОКЪ

(Abbreviatio ligamentorum rotundorum uteri),

КАКЪ МЕТОДЪ ОПЕРАТИВНАГО ЛЕЧЕНІЯ НѢКОТОРЫХЪ НЕПРАВИЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЙ МАТКИ.

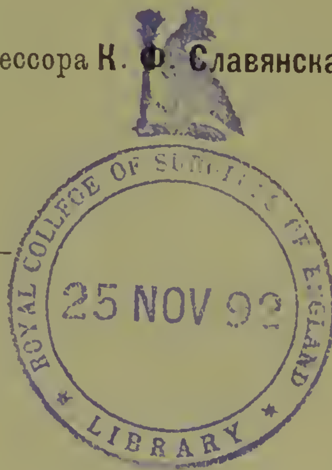
ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ЛЕКАРЯ

ІОСИФА РЯСЕНЦЕВА.

(Изъ акушерско-гинекологической клиники профессора К. Ф. Славянскаго).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типо-Литографія А. М. Вольфа, Большая Итальянская, д. 2.

1887.

Докторскую диссертацію лекаря Рясенцева, подъ заглавіемъ «Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ, какъ методъ оперативнаго леченія нѣкоторыхъ неправильныхъ положеній матки», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Февраля 21 дня 1887 года.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*

St. Petersburg 18 III/6 87

Dr. Maxwell

«Und wo Alles schwankend, wo kaum zwei Autoritäten in jedem Punkte übereinstimmen, da soll man Fertiges dem Leser geben, nur Das sagen und empfehlen, was richtig ist! Was aber ist das Richtige?....»

Fritsch. Die Lageveränd. der Gebärm. Handb. der Frauenkrank. von Billroth und Luecke. 1885. B. I. s. 607.

Стоитъ только заглянуть въ журналъ любой изъ гинекологическихъ амбулаторій, чтобы найти у каждой больной отмѣченнымъ положеніе матки и поразиться частотой аномалій въ положеніи этого органа. Можно обойтись даже и безъ этого труда, чтобы убѣдиться, что неправильныя положенія матки составляютъ одну изъ самыхъ частыхъ формъ заболѣваній женскаго половаго аппарата. Дождитесь окончанія изслѣдованія первой больной амбулаторіи и вы уже услышите обычныя фразы каждаго гинеколога: «матка лежитъ правильно» или «матка лежитъ неправильно». Уже одного этого достаточно, чтобы оправдать не только появленіе этой работы, посвященной изученію одного изъ вновь предложенныхъ методовъ леченія смѣщеній матки, но и многихъ другихъ, могущихъ явиться впослѣдствіи. Но для появленія этой работы были и другіе поводы.

Получивъ въ клиникѣ профессора К. Ф. Славянскаго возможность наблюдать цѣлый рядъ больныхъ съ различными формами смѣщеній матки, для леченія которыхъ употреблялось укороченіе круглыхъ связокъ, я вмѣстѣ съ тѣмъ, по предложенію многоуважаемаго профессора, занялся изученіемъ литературы этой операціи, съ цѣлью изучить современное положеніе этого вопроса. Знакомясь въ началѣ прошлаго академическаго года съ литературой, я очень скоро могъ убѣдиться, что самостоятельныхъ изслѣдованій по этому вопросу, за исключеніемъ статей Alexander'a и Adams'a, не существуетъ и тѣ не рисуютъ ни истори-

ческаго развитія, ни современнаго положенія этой операціи. Уже послѣ этихъ работъ появилось много казуистическихъ сообщеній объ этой операціи, разбросанныхъ по различнымъ журналамъ. Операція была примѣнена при разныхъ смѣщеніяхъ матки, въ техникѣ ея отмѣчены серьезныя затрудненія и осложненія, а исходы ея очень разнообразны. Взгляды гинекологовъ на операцію были еще болѣе разнообразны. Я могъ найти и горячихъ поклонниковъ и ярыхъ противниковъ, которые впередъ ручались, что не возьмутся за ножъ для производства этой операціи.

Изъ сказаннаго уже ясно намѣчается тотъ планъ, которому я долженъ былъ слѣдовать прежде, чѣмъ буду имѣть возможность говорить о современномъ положеніи этой операціи. Прежде всего мнѣ слѣдовало познакомиться съ историческимъ развитіемъ вопроса и взглядами авторовъ на операцію, затѣмъ категоризировать ея казуистику по формамъ смѣщеній матки и ея исходамъ и убѣдиться, на сколько она оправдываетъ тѣ или другія воззрѣнія на операцію. Но даже сдѣлавъ это, я еще не могъ подойдти къ рѣшенію затронутаго вопроса, а долженъ былъ еще на трупахъ провѣрить техническія затрудненія операціи, указываемыя большинствомъ авторовъ, и путемъ клиническихъ наблюденій прослѣдить исходы и послѣдствія операціи.

Сообразно намѣченному плану и работа моя дѣлится на соотвѣтственные отдѣлы: 1) историческій очеркъ; 2) казуистика; 3) анатомическія изслѣдованія; 4) клиническія наблюденія и 5) общіе выводы, которые можно было сдѣлать на основаніи собраннаго матеріала.

С.-Петербургъ,

1-го Ноября, 1886 г.

I.

Идея леченія неправильныхъ положеній матки укороченіемъ круглыхъ связокъ не нова и инищіатива ея предложенія принадлежитъ французскому хирургу Alquié.

Первыя свѣдѣнія о сущности описываемой операціи относятся къ концу первой половины текущаго столѣтія, къ 1844 году, хотя трудъ Alquié, трактующій объ этомъ вопросѣ появился значительно раньше. Въ перечнѣ статей, представленныхъ французской королевской медицинской академіи къ засѣданію 17 ноября 1840 года, числится и статья Alquié, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, подъ заглавіемъ: «Nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice» [1]). Въ томъ же засѣданіи академіи для оцѣнки представленной работы назначена коммиссія, въ которую вошли Baudelocque, Bérard и Willeneuve. Коммиссія не торопилась своимъ отзывомъ и только чрезъ 4 года къ засѣданію академіи 5 ноября 1844 года она представила свой отчетъ подъ вышеприведеннымъ заглавіемъ статьи Alquié [2]).

До появленія этого отчета въ литературѣ не имѣется никакихъ указаній на операціи надъ круглыми связками съ цѣлью леченія смѣщеній матки. Правда, гинекологи XVIII столѣтія указывали на удлиненіе этихъ связокъ при выпаденіи матки, а въ текущемъ столѣтіи Boivin и Duges приписывали круглымъ связкамъ значеніе поддерживающаго аппарата, препятствующаго постоянному пониженію матки, въ особенности же ея наклоненію взадъ при выпаденіи, т. е. указывали на то значеніе круглыхъ связокъ, которое впослѣдствіи привело Alquié къ мысли о пред-

---

[1]) Bulletin de l'Academie Royale de Médecin. Tome VI 1840—41, стр. 223.
[2]) Ibidem. Tome X. 1844—45, стр. 192.

ложенной имъ операціи, но никѣмъ изъ нихъ оперативнаго метода въ этомъ направленіи не предложено.

Нельзя конечно считать за предложеніе операціи слѣдующія слова Vidal de Cassis'a [1]), сказанныя имъ по поводу причинъ и леченія антеверсіи матки: «Къ перечисленнымъ причинамъ слѣдуетъ еще прибавить постоянное сокращеніе круглыхъ связокъ матки и сращенія передней поверхности ея тѣла, которыя притягиваютъ матку впередъ». И двумя страницами дальше: «Говоря о причинахъ я употребилъ выраженіе постоянное сокращеніе круглыхъ связокъ, поэтому нечего удивляться, если когда либо будетъ предложена ихъ перерѣзка (ténotomie) для леченія антеверсіи».

Съ сущностью предложенной операціи, какъ я уже сказалъ, мы можемъ познакомиться только по отчету комиссіи, разбиравшей статью Alquié. Ни мнѣ, ни другимъ авторамъ, писавшимъ раньше меня объ этой операціи, неудалось найти оригинальной статьи Alquié, ни въ другихъ его трудахъ какихъ либо указаній на нее. Manrique, писавшій свою монографію по этому вопросу въ Парижѣ, не нашелъ даже и указываемаго мной отчета комиссіи и предположилъ, что онъ не былъ представленъ [2]), а Doleris, хорошо знавшій возникшіе въ литературѣ споры о первенствѣ въ предложеніи этой операціи, почему-то ограничился только слѣдующей фразой объ этомъ отчетѣ: «Кромѣ неопровержимаго доказательства первенства въ предложеніи операціи, мемуаръ этотъ наводитъ на довольно интересныя (assez piquante) разсужденія» [3]).

Все это обязываетъ меня войти въ болѣе подробное изложеніе мотивовъ, приведшихъ Alquié къ предложенію операціи, равно и самаго метода операціи.

Изъ отчета комиссіи [4]) мы прежде всего узнаемъ, что статья Alquié начинается доказательствами того, что всѣ предложенные до его времени методы леченія выпаденія матки нерадикальны, а ограничиваются только устраненіемъ послѣдствій. Результатомъ

---

[1]) Traité de Pathalogie externe T. V. 5 Edition. Paris 1871, стр. 367 и 369.
[2]) Etude sur l'operation d'Alexander. Paris. 1886. стр. 37.
[3]) Nouvelles Arch. d'otstetr. et de gynecol. 1886, № 1, стр. 11.
[4]) Bull. de l'Acad. Royale de méd. Tome X. 1844—45, стр. 192—193.

такого убѣжденія Alquié явился цѣлый рядъ изслѣдованій надъ поддерживающимъ аппаратомъ матки. Къ сожалѣнію объ нихъ мы имѣемъ очень неполныя свѣдѣнія. Такъ извѣстно, что на трупахъ женщинъ различнаго возраста Alquié могъ убѣдиться, что брюшина принимаетъ незначительное участіе въ фиксаціи матки и только круглымъ связкамъ принадлежитъ главная роль въ этомъ отношеніи. Данное Alquié подробное описаніе этихъ связокъ отчетъ также опускаетъ, упоминая только о различіи въ ходѣ связокъ у женщинъ молодыхъ и старыхъ и о томъ, что мѣстомъ прикрѣпленія наружнаго конца lig. rotundi Alquié считаетъ tuberculum pubicum а не клѣтчатку лобка и большой губы, какъ это до него полагали. Въ этомъ прочномъ прикрѣпленіи связки къ кости Alquié видитъ только подтвержденіе своего предположенія, что ligamentum rotundum есть дѣйствительно единственный придатокъ матки, способный удержать ее въ нормальномъ положеніи.

Съ другой стороны, при изслѣдованіи труповъ женщинъ, страдавшихъ опущеніемъ или выпаденіемъ матки, Alquié могъ каждый разъ констатировать вялость, разслабленіе и удлиненіе круглыхъ связокъ. Постоянныя жалобы больныхъ, страдающихъ этими смѣщеніями матки, на тянущія боли въ пахахъ Alquié также объясняетъ растяженіемъ связокъ.

Имѣя въ результатѣ своихъ наблюденій два факта: 1) первенствующее значеніе круглыхъ связокъ для фиксаціи матки въ нормальномъ положеніи и 2) разслабленіе и удлиненіе этихъ связокъ при смѣщеніи матки внизъ, Alquié, помимо убѣжденія въ томъ, что существующіе методы леченія выпаденія матки неудовлетворительны, только сопоставленіемъ этихъ фактовъ былъ приведенъ къ заключенію, что единственно разслабленію и удлиненію круглыхъ связокъ должно быть приписано всякое ненормальное смѣщеніе матки внизъ, а отсюда неизбѣжно слѣдовалъ и другой выводъ, что леченіе этихъ патологическихъ смѣщеній матки должно быть направлено на круглыя связки.

Связки удлинены, разсуждаетъ Alquié, слѣдуетъ имъ придать ихъ нормальную длину, а это возможно только ихъ укороченіемъ. Самый легкій способъ—найти связки у мѣста ихъ наружнаго прикрѣпленія; здѣсь ихъ слѣдуетъ отыскать, вытянуть, укоротить и снова укрѣпить въ томъ-же мѣстѣ.

Такъ и возникъ предложенный Alquié методъ оперативнаго леченія опущенія и выпаденія матки.

Операцію свою Alquié назвалъ uteroinguinoraphie и технику ее описываетъ слѣдующимъ образомъ: [1])

У лежащей женщины, при маткѣ установленной въ нормальномъ положеніи, хирургъ опредѣляетъ направленіе Пупартовой связки и соотвѣтственно ея средней части дѣлаетъ разрѣзъ приблизительно въ 3 сант. Разрѣзъ долженъ быть проведенъ въ нѣсколько болѣе косомъ направленіи, чѣмъ пупартова связка. По обнаженіи пупартовой связки волокна ея въ средней части косо перерѣзываются на протяженіи 2 сант. За клѣтчаткой открывается маленькая темно-красная точка, окруженная плотнымъ соединительно-тканнымъ влагалищемъ. Это и есть круглая связка, которую Alquié называетъ маточно-паховой.

Соединительно-тканное влагалище, захваченное пинцетомъ, вскрываютъ и заключающійся въ немъ шнурокъ вытягиваютъ наружу. У наружнаго паховаго отверстія вокругъ шнурка дѣлаютъ круговой разрѣзъ и сопровождающее связку влагалище отдѣляютъ рукояткой инструмента. Затѣмъ легкими тракціями связку вытягиваютъ наружу, причемъ она вытягивается на 10 и болѣе сант. и проводятъ чрезъ всю ея толщу иглу съ лигатурой, которой связка укрѣпляется въ нижнемъ углу раны. Края раны соединяютъ двумя швами. Такимъ-же образомъ оперируютъ и на другой сторонѣ.

Далѣе Alquié указываетъ на различныя случайныя осложненія во время операціи и необходимыя предосторожности въ послѣоперaціонномъ періодѣ, но подробности ихъ опущены отчетомъ. Описаніе операціи Alquié оканчиваетъ заключеніемъ, «что успѣхъ этой операціи очень вѣроятенъ» [2]).

На живыхъ Alquié своей операціи не производилъ.

Далеко не такъ смотрѣли на предложенную операцію Baudelocque, Berard и Villeneuve, члены коммиссіи, разбиравшей работу Alquié.

Начать съ того, что они прежде всего не согласились съ основной идеей Alquié, что растяженіе и удлиненіе круглыхъ

---

[1]) Bulletin de l'Acad. Royale de médec. Tome X. 1844—45. стр. 194.
[2]) Ibidem стр. 195.

связокъ служитъ причиной опущенія или выпаденія матки, а наоборотъ полагаютъ, что оно является послѣдствіемъ выпаденія. Отсюда и понятно и ихъ дальнѣйшее мнѣніе о самомъ оперативномъ методѣ. Комиссія разсматриваетъ его, какъ чисто теоретическое предложеніе, и не согласна съ авторомъ относительно спѣх овъ операціи, полагая, что въ ней нѣтъ вѣрныхъ шансовъ для леченія болѣзни, противъ которой она назначена. Операцію эту комиссія считаетъ серьезной и технически трудной [1]). Трудности эти могутъ значительно увеличиться при производствѣ операціи на живыхъ, а къ осложненіямъ, могущимъ быть послѣдствіями операціи, на которыя указывалъ и самъ Alquié, помимо свойственныхъ всякой операціи, должны быть причислены разрывъ связокъ, пораненіе и воспаленіе брюшины.

Послѣ всего изложеннаго понятно, что заключеніе къ которому могла прійдти комиссія не до́лжно было быть благопріятнымъ ни для Alquié, ни для предложенной имъ операціи.

«Операція эта», заканчиваетъ свой отчетъ комиссія [2]), «которая въ сущности представляетъ двѣ однородныхъ, ни въ какомъ случаѣ не должна быть примѣнена въ практикѣ; и потому мы имѣемъ честь предложить академіи выразить одобреніе Alquié за то, что онъ никогда не производилъ ее на живыхъ».

Отчетъ комиссіи важенъ для насъ теперь не столько тѣмъ, что онъ знакомитъ насъ съ принципами, положенными Alquié въ основу его операціи, сколько тѣмъ, что онъ твердо устанавливаетъ первенство Alquié въ предложеніи леченія выпаденія матки укороченіемъ ея круглыхъ связокъ.

Хотя Aran [3]) и говоритъ, что въ его замѣткахъ давно уже имѣется описаніе оперативнаго метода поднятія матки укороченіемъ круглыхъ связокъ и что только боязнь перитонита удерживала его отъ производства операціи и опубликованія этого метода, но объясненіе Aran'а появилось только чрезъ 18 лѣтъ послѣ статьи Alquié и потому мы съ полнымъ правомъ можемъ оставить за Alquié первенство въ предложеніи этой операціи.

---

[1]) Berard произвелъ ее нѣсколько разъ на трупахъ и тогда уже могъ констатировать трудности въ отъискиваніи связокъ.
[2]) Ibidem стр. 195.
[3]) Arch. général de Medicine. 1858. Vol I, стр. 146.

Отзывъ академиковъ имѣлъ свое вліяніе. Операцію эту совершенно забыли или вѣрнѣе игнорировали и не скоро рѣшились снова заняться ея разработкой, а тѣмъ болѣе испытать ее на живыхъ.

Во французской литературѣ того времени я не нашелъ ни одного реферата отчета комиссіи, а изъ иностранныхъ только въ нѣмецкой за 1847 годъ [1]).

Самъ Alquié очевидно или также находился подъ впечатлѣніемъ отзыва, или же разочаровался въ своей операціи, только дальнѣйшихъ попытокъ къ примѣненію ея на живыхъ не производилъ. Въ другихъ позднѣйшихъ его сочиненіяхъ мы не нашли какихъ либо указаній въ этомъ отношеніи, а въ его Chirurgie concervatrice, появившейся въ 1850 г. Alquié при описаніи оперативныхъ методовъ леченія смѣщеній матки о своей операціи оговорился только словами: «Я также предлагалъ укороченіе круглыхъ связокъ чрезъ наружное отверстіе паховаго канала» [2]).

Даже Aran [3]), значительно позже, указывая на предложенное Alquié укороченіе круглыхъ связокъ, какъ на способъ, который можно было примѣнить для оперативнаго леченія ретрофлексіи и ретроверсіи матки [4]), тотчасъ добавляетъ: «Къ сожалѣнію, если это и не совсѣмъ невозможно въ практическомъ отношеніи, то во всякомъ случаѣ производство этой операціи представляетъ такія серьезныя опасности, что нельзя рѣшиться ее рекомендовать».

Этимъ и ограничиваются всѣ свѣдѣнія объ операціи, предложенной Alquié, если не считать двухъ почти аналогичныхъ замѣтокъ о ней, появившихся уже только въ началѣ восьмидесятыхъ годовъ.

Замѣтки эти принадлежатъ Schultze и Tillaux.

Первый [5]) изъ нихъ между различными оперативными методами леченія ретроверсіи и флексіи матки, упомянулъ и объ этой операціи, сказавъ о ней слѣдующее: «Достойно вниманія до сихъ

[1]) N. Zeitschr. für Gebkd. 1847. T. XXIII стр. 117.

[2]) Chirurgie concervatrice etc. Montpellier. 1850. стр. 329—330.

[3]) Leçon cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris. 1858—1860. стр. 1039.

[4]) Предлагая операцію Alquié для леченія ретрофлексіи и ретроверсіи Aran исходилъ изъ того, что видѣлъ въ круглой связкѣ аппаратъ, регулирующій передне-заднія движенія матки и способствующій удержанію ея дна впереди. (Arch. général de Medic. 1858. Vol. I стр. 156).

[5]) Schultze. Die Path. und Therap. d. Lacgever der Gebärm. 1881. стр. 176

поръ оставшееся теоретическимъ, если не ошибаюсь, предложеніе Aran'a, укороченіемъ круглыхъ связокъ чрезъ наружное паховое отверстіе воспрепятствовать обратному наклоненію дна матки въ крестцовую впадину».

Второй [1]) дополнилъ описаніе круглыхъ связокъ слѣдующимъ примѣчаніемъ: «Алкье, основываясь на томъ, что круглыя связки препятствуютъ опусканію матки внизъ, предложилъ укорачивать ихъ съ цѣлью излечить выпаденія матки (prolapsus uteri). Съ другой стороны, Аранъ, приписывая этому органу роль не поддерживающей связки, а стремящейся притянуть дно матки впередъ, предлагаетъ примѣнять операцію Алкье при леченіи задняго перегиба матки (retroflexio). Мнѣ неизвѣстно, примѣнялись ли эти чисто теоретическія соображенія на практикѣ».

Въ семидесятыхъ годахъ вновь возникло предложеніе лечить искривленія матки укороченіемъ ея круглыхъ связокъ. На этотъ разъ предложеніе идетъ изъ Германіи и принадлежитъ Freund'у [2]). Наряду съ другимъ оперативнымъ методомъ, назначеннымъ для той же цѣли, Freund предлагаетъ и этотъ. Способъ его вполнѣ сходенъ со способомъ Alquié и состоитъ въ томъ, что круглыя связки обнажаются выше пупартовой связки и перерѣзываются. Вытянутые центральные концы связокъ вшиваются въ рану.

И это предложеніе прошло незамѣченнымъ и неизвѣстно даже произвелъ-ли Freund предложенную имъ операцію на живыхъ.

Дальнѣйшихъ свѣдѣній объ этой операціи до появленія первой статьи Alexander'a въ 1882 году мы не имѣемъ. Уже позже, по мѣрѣ распространенія возобновленной Alexander'омъ операціи, явились, какъ это почти всегда бываетъ со всякимъ новымъ предложеніемъ, обычные споры о первенствѣ.

Deneffe во Франціи и Rivington въ Англіи заявляютъ свое право на первенство въ предложеніи описываемой операціи. Въ виду того, что изслѣдованія Rivington'a и Deneff'a относятся ко времени далеко предшествующему появленію статьи Alexander'a, я считаю болѣе удобнымъ изложить ихъ теперь-же.

---

[1]) Tillaux. Руков. къ топогр. анатоміи. Русск. пер. 1883. стр. 890.
[2]) Горвицъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. 1883. Ч. II, стр. 100.

Deneffe указываетъ [1]), что будучи еще студентомъ онъ не разъ демонстрировалъ товарищамъ и профессорамъ эффектъ, производимый укороченіемъ круглыхъ связокъ на положеніе матки. Въ 1864 году Deneffe уже могъ резюмировать свои изслѣдованія въ этомъ направленіи въ видѣ тезиса къ представленной имъ диссертаціи. Двадцатый изъ тезисовъ гласитъ: «Укороченіе круглыхъ связокъ составляетъ радикальный методъ леченія выпаденія матки.

Въ іюнѣ того же 1864 года Deneffe въ клиникѣ Burgraev'а произвелъ эту операцію на женщинѣ, страдавшей много лѣтъ выпаденіемъ матки.

Операція произведена слѣдующимъ образомъ: Лобокъ выбритъ. Кожа надрѣзана по направленію къ tuberculum pubicum, разрѣзъ углубленъ до тѣхъ поръ пока, не открылось наружное паховое отверстіе. Связка въ этомъ разрѣзѣ не могла быть найдена. Тогда вскрытъ паховой каналъ до внутренняго отверстія, но и при этомъ условіи связка не была видима и не могла быть найдена. Операція произведена на обѣихъ сторонахъ. Раны зажили быстро и больная чрезъ 2 недѣли оставила госпиталь.

Невозможность найдти связки въ этомъ случаѣ Deneffe объясняетъ ихъ полной атрофіей вслѣдствіе долгаго растяженія, которому онѣ подвергались со стороны тяжелой выпадавшей матки.

Дальнѣйшихъ попытокъ производить эту операцію Deneffe не дѣлалъ и объясненіе этому очень легко усмотрѣть въ томъ, что слухи объ сдѣланной имъ операціи дошли до госпитальной коммиссіи и она потребовала отъ профессора Burgraev'а объясненій относительно опытовъ, которые онъ позволяетъ производить надъ больными, ввѣренными его попеченію.

Сообщеніе Deneff'а, имѣющее теперь чисто историческій интересъ, для насъ важно потому, что указываетъ намъ время перваго примѣненія этой операціи на живой.

Если за Deneff'омъ и можно считать право на первенство практическаго примѣненія этой операціи, то у втораго претендента Rivington'а далеко меньше шансовъ не только на это, но даже и на самую идею операціи.

Rivington заявляетъ [2]), что мысль объ этой операціи у него

[1]) Presse méd. Belge. 1885. T. XXXVII стр. 210.
[2]) Brit. Med. Journ. 1885. Vol. I стр. 425.

явилась еще 15 лѣтъ тому назадъ и онъ демонстрировалъ ее въ 1869 году, а опубликовалъ въ Medical Presse and Circulars 1872 г. Изъ краткаго извлеченія изъ статьи 1872 г., сдѣланнаго самимъ Rivington'омъ, оказывается, что въ 1869 году онъ имѣлъ возможность констатировать на трупѣ женщины, страдавшей выпаденіемъ матки, зависимость выпаденія отъ растяженія круглыхъ связокъ и вліяніе ихъ укороченія на положеніе матки. Изолировавъ круглыя связки въ паховыхъ каналахъ и вытягивая ихъ чрезъ наружное паховое отверстіе, Rivington убѣдился, что матка немедленно принимаетъ нормальное положеніе. Этимъ случаемъ и заканчиваются его изслѣдованія. Трудности въ нахожденіи связокъ, опасеніе дурныхъ послѣдствій послѣ операціи и отсутствіе антисептики удержали Rivington'а отъ попытокъ примѣнить эту операцію на живыхъ.

Еще одинъ авторъ оспариваетъ первенство у Alexander'а,—это Adam's изъ Glasgow. Его статья, какъ и Alexander'а появилась въ 1882 году. Такъ какъ работы Adams'а и Alexander'а произведены почти одновременно, то удобнѣе будетъ изложить ихъ въ порядкѣ ихъ появленія въ печати.

Теперь же мы остановимся на изслѣдованіяхъ Alexander'а, поставившаго вновь на очередь вопросъ о леченіи смѣщеній матки укороченіемъ ея круглыхъ связокъ и подъ именемъ котораго описываемая операція теперь извѣстна.

Обладая обильнымъ гинекологическимъ матеріаломъ въ госпиталѣ Ливерпульскаго рабочаго дома, Alexander уже давно пришелъ къ убѣжденію, что пессаріи далеко не всегда удерживаютъ матку въ нормальномъ положеніи, а пластическія операціи, предложенныя для леченія пролапса, не устраняютъ внутреннихъ причинъ этого смѣщенія. Еще за 5 лѣтъ до обнародованія своей операціи Alexander думалъ о прикрѣпленіи смѣщенной матки къ различнымъ отдѣламъ таза и о круглыхъ связкахъ, какъ о способѣ для перемѣщенія матки. Отъ первой мысли заставили его отказаться экспериментальныя изслѣдованія на трупахъ; отъ второй онъ долго воздерживался, придавая круглымъ связкамъ значеніе важнаго органа только въ эмбріональной жизни. Случайная аутопсія трупа старухи въ іюнѣ 1881 года указала ему, насколько круглыя связки бываютъ толсты, и снова заставила его

заняться изслѣдованіями надъ вліяніемъ этихъ связокъ на перемѣщеніе матки, которыя позже привели его къ попыткѣ произвести эту операцію и на живой.

14 декабря 1881 года [1]) Alexander произвелъ въ первый разъ на женщинѣ страдавшей выпаденіемъ матки укороченіе круглыхъ связокъ, а 4 февраля 1882 года появилась его первая статья съ описаніемъ уже 4 случаевъ этой операціи [2]).

Какъ почти всегда бываетъ въ большинствѣ новыхъ хирургическихъ операцій, техника и этой вырабатывалась постепенно, по мѣрѣ накопленія оперативныхъ случаевъ у самаго Alexander'a, равно и у другихъ операторовъ. Трудности, встрѣченныя хирургами при операціи требовали разъясненій и въ описаніе ея вносилось все больше и больше деталей.

Если такъ шло дѣло съ техникой операціи, то само собою понятно, что показанія, анатомическія и физіологическія условія ея и цѣли, которыя она преслѣдуетъ, могли быть формулированы значительно позже.

Вотъ почему и статьи Alexander'a, относящіяся къ этому вопросу, рѣзко отличаются полнотой своего содержанія.

Въ его первой статьѣ 1882 года мы имѣемъ только описаніе 4 случаевъ операціи и краткое изложеніе ея техники. Въ 1884 году Alexander могъ уже издать монографію [3]) по этому вопросу, въ которой собралъ 22 собственныхъ операцій и большее число сдѣланныхъ другими хирургами. И уже только въ цѣломъ рядѣ статей, появившихся въ 1885 году, служащихъ отвѣтомъ на замѣчанія и вопросы другихъ хирурговъ относительно операціи, и наконецъ въ своемъ сообщеніи въ засѣданіи Британскаго гинекологическаго общества въ Лондонѣ 10 іюня 1885 года Alexander изложилъ детально всѣ стороны затронутаго имъ вопроса.

Въ своемъ изложеніи изслѣдованій Alexander'a я прежде всего опишу технику операціи и затѣмъ уже перейду къ другимъ отдѣламъ, касающимся физіологическихъ условій, показаній и цѣлей операціи. Этого же порядка буду держаться и при изложеніи изслѣдованій другихъ авторовъ, чтобы по возможности избѣгнуть

---

[1]) Med. Times and. Gaz. 1882. T. I, стр. 327.
[2]) Ibidem.
[3]) Alexander. The treatment of backw. displ. etc. London. 1884.

необходимыхъ повтореній, которыя должны быть при раздѣленіи описанія на рубрики: техника операціи, анатомическія и физіологическія условія и пр. и изложенія взгляда каждаго автора на эти отдѣлы. Такое раздѣленіе мнѣ кажется неудобнымъ еще и потому, что всѣ отдѣлы этого вопроса находятся въ чрезвычайной зависимости одинъ отъ другаго и часто взгляды автора на операцію, истекающіе изъ его воззрѣній на ея технику или физіологическія основанія, не будутъ понятны, если соотвѣтственные отдѣлы не сопоставлены рядомъ.

Техника операціи по Alexander'y [1]).

Приготовленіе больной къ операціи такое же, какъ и во всѣхъ другихъ, гдѣ требуется покой кишечника и имѣется въ виду, что больная пролежитъ нѣсколько недѣль въ постели.

Больная укладывается на столъ съ вытянутыми и разведенными нижними конечностями. Наркотизація хлороформомъ или эфиромъ, или мѣстная анэстезія эфиромъ. Лобокъ выбриваютъ. Мочевой пузырь опоражниваютъ. Операціонное поле тщательно дезинфецируютъ. Операторъ становится на сторонѣ противоположной той паховой области, гдѣ онъ предполагаетъ начать операцію.

Первый моментъ операціи. Разрѣзъ кожи и слѣдующихъ за ней тканей до появленія сухожилія musculi obliqui abdominis externi. Отысканіе наружнаго паховаго отверстія.

Руководящей точкой для начала и направленія разрѣза будетъ tuberculum pubicum, который долженъ быть прощупанъ въ глубинѣ покрывающаго его слоя жира. Прощупываніе его не представляетъ затрудненій. Разрѣзъ начинается отъ этого пункта и ведется вверхъ и кнаружи, по направленію паховаго канала на 4—8 сант. По разрѣзѣ кожи мы должны послѣдовательными разрѣзами проникнуть чрезъ толстую жировую клѣтчатку до появленія блестящаго сухожилія musculi obliqui abdominis externi. Когда это достигнуто, то слѣдуетъ отыскать наружное отверстіе

---

[1]) При изложеніи работъ Alexander'a я пользовался всѣми его статьями, помѣченными въ литературномъ указателѣ, главнымъ же образомъ №№ 5, 7, 9 и 12, причемъ во многихъ мѣстахъ долженъ былъ привести подлинный переводъ текста.

паховаго канала. Введенный въ рану палецъ оператора будетъ руководиться при этомъ lig. Pouparti внизу, tuberculum pubicum внутри и проходящей поперекъ интерколумнарной фасцiей вверху. Паховое отверстiе прощупывается кнаружи отъ tuberculum pubicum по разницѣ въ консистенцiи тканей. Если такимъ путемъ не удалось отыскать паховаго отверстiя, то слѣдуетъ развести края раны подъемниками и тогда въ глубинѣ раны, ближе къ ея нижнему углу, паховое отверстiе ясно видно. Остановкой кровотеченiя изъ кожныхъ сосудовъ, для чего ихъ перевязка рѣдко необходима, а большею частью достаточно торсированiя, заканчивается первый моментъ операцiи.

Примѣчанiе къ первому моменту операцiи. Длина разрѣза зависитъ отъ дородности субъекта. Чѣмъ больше жира, тѣмъ длиннѣй разрѣзъ. Въ большей части случаевъ достаточно 5 сант. Маленькiй разрѣзъ въ 1.5 — 2 сант. Alexander считаетъ недостаточнымъ и затрудняющимъ операцiю. При углубленiи разрѣза слѣдуетъ всегда точно убѣдиться въ томъ, дѣйствительно ли разрѣзъ доведенъ до сухожилiя musculi obliqui abdominis externi, такъ какъ растянутый надъ нимъ апоневрозъ (?) бываетъ иногда очень плотенъ и легко можетъ ввести въ ошибку оператора. Отыскивая наружное паховое отверстiе, операторъ долженъ помнить, что здѣсь есть еще и другiя отверстiя, закрытыя жиромъ.

Второй, наиболѣе трудный моментъ операцiи. Отыскиванiе и изоляцiя круглыхъ связокъ.

Найдя наружное паховое отверстiе, разрѣзываютъ интерколумнарныя волокна и покрывающую его тонкую фасцiю. Тогда въ жировой клѣтчаткѣ, выполняющей наружное паховое отверстiе, появляется предъ глазами конецъ круглой связки. Онъ представляется въ видѣ кругловатой мягкой ткани, мяснаго цвѣта, покрытой мелкими сосудами на поверхности, нервомъ, вѣтвью nervi genito cruralis, проходящимъ впереди, и сосудистыми стволами позади нея. Жировую клѣтчатку осторожно захватываютъ широкими, тупыми щипцами и ножницами или рукояткой скалпеля раздѣляютъ на отдѣльные пучки, чтобы изолировать въ ней связку. Когда связка изолирована, ее нѣсколько приподнимаютъ подведенной подъ нее аневризматической иглой, нервъ идущiй по ея передней поверхности перерѣзываютъ и легкими тракцiями

осторожно и медленно связку вытягиваютъ наружу, отдѣляя на пути тупымъ инструментомъ отъ сосѣднихъ тканей, прикрѣпляющихъ ее къ ножкамъ и стѣнкамъ паховаго канала. Вытягиваніе и изоляція производятся до тѣхъ, поръ пока связка не начинаетъ свободно двигаться въ паховомъ каналѣ. Когда это достигнуто, рану покрываютъ чистой губкой и оперируютъ такимъ же образомъ на другой сторонѣ. Изоляціей второй связки заканчивается второй моментъ операціи.

Примѣчаніе ко второму моменту операціи. Трудности этого момента заключаются въ томъ, что связки могутъ быть не распознаны, или очень легко смѣшаны съ какимъ либо пучкомъ другой ткани, чаще всего съ fasciculi musculi obliqui abdominis interni, или же распознанныя онѣ не могутъ быть вытянуты. Для предупрежденія перваго обстоятельства Alexander совѣтуетъ руководиться характерными особенностями связки и не вытягивать всей жировой клѣтчатки, помѣщающейся въ наружномъ паховомъ отверстіи, а тотчасъ послѣ ея отысканія дѣлить на пучки, изъ которыхъ въ нижнемъ должна быть связка. Слѣдуетъ при этомъ остерегаться сильно смѣщать ткани, чтобы не измѣнить ихъ нормальныхъ отношеній и тѣмъ еще болѣе затруднить операцію. Если при этихъ условіяхъ связка не найдена или вмѣсто нея захваченъ другой пучекъ, то лучше всего вскрыть на нѣкоторомъ разстояніи паховой каналъ и тамъ снова прослѣдить связку, или же изслѣдовать то, что принято за нее. Невозможность вытянуть связки въ случаяхъ, подходящихъ для операціи, Alexander объясняетъ только неполной изоляціей ихъ отъ сосѣднихъ тканей, почему и рекомендуетъ возможно тщательнѣй заняться этимъ до того, пока связки не начнутъ свободно двигаться въ паховомъ каналѣ. Самъ Alexander въ своей практикѣ не встрѣтился съ такими затрудненіями и только на трупѣ 2 раза не могъ вытянуть связокъ вслѣдствіе тазовыхъ сращеній матки, служащихъ противопоказаніемъ къ операціи. Правда, въ случаяхъ, гдѣ происходитъ воспаленіе тазовой клѣтчатки, оно можетъ распространиться и на круглыя связки, сдѣлавъ ихъ неподвижными, ломкими, атрофированными, но при подобныхъ условіяхъ опытный хирургъ по виду связокъ можетъ уже сказать, что операція въ данномъ случаѣ не будетъ окончена. При по-

пыткѣ вытянуть такія атрофированныя связки онѣ немедленно порвутся, т. е. явится одно изъ тѣхъ осложненій операціи, на которыя указываютъ многіе хирурги, оперировавшіе послѣ Alexander'а. Возможность такого осложненія допускается и Alexander'омъ, но только при атрофіи связокъ. Всѣ остальныя онъ приписываетъ неопытности оперировавшихъ хирурговъ, разрушавшихъ очень нѣжный наружный конецъ связокъ щипцами, въ которые захвачена жировая клѣтчатка для изоляціи, или же тѣмъ, что примѣнялись сильныя тракціи тогда, когда связки еще не отдѣлены отъ сосѣднихъ тканей и не представляютъ еще бѣлесовато-сухожильнаго шнурка, толщиною отъ куринаго до гусинаго пера, могущаго выдержать и сильныя тракціи. Помимо опасности разрушить связки щипцами, Alexander вообще совѣтуетъ избѣгать сильной наминки тканей, препятствующей заживленію раны per primam. Другое осложненіе, возможное въ этотъ моментъ операціи—это пораненіе брюшины и Нуккіева канала. Хотя въ практикѣ Alexander'а подобнаго случая и не было, но онъ касается его въ виду указаній, сдѣланныхъ въ этомъ отношеніи другими операторами. Собственно пораненіе canalis Nuckii должно встрѣчаться очень рѣдко потому, что въ большей части случаевъ онъ бываетъ зарощенъ. Если же онъ и будетъ существовать въ видѣ канала, то пораненіе его равно и брюшины не должно имѣть мѣста потому, что конецъ связки выступаетъ изъ наружнаго пахового отверстія и тамъ отыскивается. Только въ это время употребляются рѣжущіе инструменты, далѣе работаютъ уже тупыми, а изолированная связка свободно двигается позади canalis Nuckii и брюшины (?). Наконецъ, если бы поврежденіе этихъ частей и произошло, то оно не представляетъ опасности при строгой антисептикѣ, которая должна быть при этой операціи такою же, какъ и при грыжесѣченіи и лапаротоміи.

Трудности втораго момента операціи не составляютъ затрудненій для Alexander'а и въ 99 случаяхъ изъ 100 приписываются имъ неопытности хирурга, почему онъ и совѣтуетъ всѣмъ желающимъ оперировать предварительно хорошо ознакомиться съ этой операціей на трупѣ.

Третій моментъ операціи. Установка матки въ положеніи, необходимомъ для даннаго случая. Вытягиваніе связокъ, пока онѣ

оказываютъ вліяніе на положеніе матки, и укрѣпленіе ихъ въ ранахъ.

Установка матки поручается одному изъ ассистентовъ. Лучше всего редрессировать матку зондомъ, а не ручными пріемами и ни въ какомъ случаѣ вытягиваніемъ связокъ. Когда матка установлена, операторъ одновременно и осторожно вытягиваетъ обѣ связки, пока чувствуетъ движенія зонда. Связки удерживаются въ этомъ положеніи другимъ помощникомъ, а операторъ искривленной иглой съ катъ-гутовой нитью средней толщины пришиваетъ ихъ къ обѣимъ ножкамъ паховаго отверстія двумя швами съ каждой стороны. Тогда ассистентъ отпускаетъ связки, излишніе концы ихъ, если они очень длинны, отрѣзываются, а остатокъ вмѣстѣ съ тонкой дренажной трубкой вкладывается въ рану и вшивается тѣми же швами, которыми долженъ быть закрытъ кожный разрѣзъ. Закрытіемъ кожной раны операція собственно закончена, но необходимо еще позаботиться, чтобы матка сохранила приданное ей положеніе до полнаго заживленія ранъ. Съ этой цѣлью въ простыхъ случаяхъ пролапса и ретроверсіи, еще до извлеченія зонда, въ вагину вводится пессарій Годже, а при застарѣлыхъ ретрофлексіяхъ и гальваническій, стебельчатый пессарій. По извлеченіи зонда раны обмываютъ, накладываютъ антисептическую повязку.

Примѣчаніе къ 3 моменту операціи. Матка можетъ быть установлена различно, въ зависимости отъ возраста больной и формы болѣзни. У женщинъ, имѣющихъ въ перспективѣ возможность родовъ, матка устанавливается въ нормальное положеніе, у климактерическихъ, въ особенности при пролапсѣ матка возможно болѣе притягивается къ лонному соединенію. Сообразно съ этимъ и разрѣшается вопросъ о томъ, насколько должны быть вытянуты связки. При этомъ Alexander обращаетъ вниманіе на то, что когда связки бываютъ вытянуты на столько, на сколько это необходимо при пролапсѣ, то peritoneum также появляется въ ранѣ и можетъ быть утилизированъ для укрѣпленія связокъ и для удержанія матки въ болѣе прочномъ положеніи. Изолированныя связки вытягиваются вначалѣ свободно, затѣмъ съ нѣкоторымъ сопротивленіемъ вслѣдствіе перемѣщенія матки. Если ихъ тянуть еще больше, то при дальнѣйшихъ тракціяхъ матка и

широкія связки подымаются вверхъ и наконецъ тракціямъ одной связки представляется сопротивленіе противуположной. Такое поднятіе матки будетъ ненормальнымъ и легко можетъ вести къ неуспѣху операціи вслѣдствіе того, что матка будетъ висѣть только на связкахъ и, растягивая ихъ своею тяжестью, препятствовать зарощенію связокъ въ ранахъ. Помимо этого въ результатѣ операціи, при чрезмѣрномъ вытягиваніи связокъ, можетъ получиться вовсе нежелательная рѣзкая антеверсія. За исключеніемъ указанныхъ случаѣвъ, маткѣ слѣдуетъ придать только нормальное положеніе, а это бываетъ всегда, когда вытягиванію связокъ представляется опредѣленное сопротивленіе (decided chock.). Установкой матки рѣшается успѣхъ операціи, а потому и роль ассистента, завѣдывающаго этимъ очень отвѣтственна.

Способъ укрѣпленія связокъ въ ранахъ и обращеніе съ ихъ излишними частями постепенно измѣнялся Alexander'омъ. Вначалѣ онъ вшивалъ связки серебряной проволокой, вкалывая иглу въ кожу съ одной стороны раны, проводя ее дальше чрезъ соотвѣтственную ножку наружнаго отверстія паховаго канала, связку, другую ножку и выводя ее снова на поверхность кожи съ другой стороны раны. Излишній конецъ связокъ выводился наружу чрезъ внутренній уголъ раны и если былъ очень длинный, то отрѣзывался. Остатокъ связки отдѣляется путемъ мумификаціи. Теперь Alexander предпочитаетъ пришивать связки только къ ножкамъ паховаго отверстія катъ-гутомъ, чтобы произвести меньшую наминку связокъ. Остатокъ связки вкладываетъ въ рану и укрѣпляетъ его швами, которыми закрывается кожный разрѣзъ. Безразлично, какой матеріалъ употребленъ для этихъ швовъ. Дренажныя трубки Alexander употребляетъ всегда въ виду того что это безопаснѣе, предупреждаетъ скопленіе гноя и возможность нагноенія въ фасціяхъ. Иногда дренажъ замедляетъ заживленіе раны, но это не имѣетъ значенія при 3-недѣльномъ лежаніи больной.

При застарѣлой ретрофлексіи Alexander считаетъ безусловно необходимымъ ввести стебельчатый пессарій, потому что, помимо существующей наклонности матки къ искривленію назадъ, и самое мѣсто прикрѣпленія связокъ къ маткѣ при этой формѣ болѣзни перемѣщается внизъ, и связки не въ состояніи исправить

искривленія матки. Перемѣщеніе мѣста прикрѣпленія связокъ внизъ можетъ произойдти двояко, или вслѣдствіе ненормальнаго увеличенія дна матки, или вслѣдствіе того, что разслабленныя круглыя связки отъ долгаго прилеганія къ боковымъ стѣнкамъ матки срослись съ ними. Выпрямляя матку стебельчатымъ пессаріемъ, мы съ одной стороны даемъ возможность укороченнымъ связкамъ удерживать матку въ нормальномъ положеніи, съ другой можемъ разсчитывать или на уменьшеніе дна матки, или же на то, что связки отдѣлятся отъ своего ненормальнаго мѣста прикрѣпленія и сохранятъ надлежащее.

По наложеніи повязки больная укладывается въ постель съ согнутыми въ колѣняхъ ногами; удобнѣе было бы коленно-локтевое положеніе. Послѣдующее леченіе главнымъ образомъ заключается въ покоѣ. Больная строго должна сохранять горизонтальное положеніе до полнаго заживленія ранъ. Для избѣжанія растяженія связокъ наполненнымъ мочевымъ пузыремъ, назначается частая катетеризація. На второй день, при первой перемѣнѣ повязки, дренажъ извлекаютъ. Оставшагося маленькаго отверстія, чрезъ которое онъ извлеченъ, достаточно для дренированія раны. Послѣдующія смѣны повязки производятся, смотря по необходимости и показаніямъ со стороны t° и пр. Швы съ кожной раны снимаютъ между 6 и 9 днемъ. Въ большей части случаевъ рана вполнѣ заживаетъ чрезъ 3 недѣли. Заживленіе не всегда происходитъ per primam intentionem, нерѣдко per secundam. Нагноеніе менѣе всего желательно послѣ этой операціи, такъ какъ обильное нагноеніе легко можетъ уничтожить весь эффектъ операціи. По заживленіи ранъ больной разрѣшаютъ встать съ постели, но въ теченіи еще нѣкотораго времени, 1—2 недѣли, она должна носить пессарій. Затѣмъ пессарій извлекаютъ и производятъ подробное изслѣдованіе. При застарѣлой ретрофлексіи продолжительность ношенія стебельчатаго пессарія зависитъ отъ упорства случая. Въ большинствѣ случаевъ пессарій вынимаютъ въ концѣ мѣсяца, но иногда наблюдается вновь искривленіе матки и пессарій долженъ быть опять введенъ на нѣкоторое время.

Анатомическія и физіологическія условія операціи по Alexander'у.

«Самаго поспѣшнаго изслѣдованія таза на трупѣ», говоритъ Alexander, «достаточно для доказательства, что не только круглыя связки, но и широкія вмѣстѣ съ ними не въ состояніи удержать матку въ нормальномъ положеніи. Мы можемъ матку смѣстить, изогнуть назадъ или совсѣмъ ее вытянуть безъ всякаго задерживающаго вліянія этихъ связокъ. Матка сохраняетъ ея положеніе главнымъ образомъ въ зависимости отъ фиксаціи маточной шейки въ фиброзной ткани, которая удерживаетъ ее (шейку) въ задней половинѣ таза; отвѣсное положеніе матки поддерживается не только ея консистенціей, но и соотношеніемъ матки съ широкими и круглыми связками. Связки эти съ маткой посрединѣ образуютъ въ тазу родъ перегородки, дѣлящей его на два неравныхъ отдѣла. Въ переднемъ, меньшемъ—помѣщается мочевой пузырь, въ заднемъ, большемъ—rectum; въ томъ и другомъ нѣсколько петель тонкихъ кишекъ, но большая часть ихъ находится въ заднемъ, поддерживая такимъ образомъ перегородку сзади. Круглыя связки, хотя и совершенно свободны, но вѣроятно также участвуютъ въ поддержаніи отвѣснаго положенія матки и широкихъ связокъ. Anteversio uteri задерживается мочевымъ пузыремъ и лоннымъ соединеніемъ, которыхъ вполнѣ достаточно для этой цѣли.

При нормальныхъ условіяхъ матка зыблется въ тазу, поддерживаемая перечисленными внутритазовыми силами, соотношеніемъ органовъ между собой, и никакой наклонности къ смѣщенію не существуетъ. Но соотношеніе тазовыхъ органовъ и дѣйствіе внутритазовыхъ силъ измѣняется тотчасъ, какъ только матка подъ вліяніемъ какой-либо причины наклонится взадъ. Ретровертированная матка помѣщается въ заднемъ отдѣлѣ таза и тянетъ за собою широкія и круглыя связки. Петли тонкихъ кишекъ вытѣсняются изъ задняго Дугласа вверхъ, располагаются теперь на передней (верхней) поверхности матки и давятъ на нее всею своею тяжестью, препятствуя маткѣ занять свое нормальное положеніе, къ которому она стремится по своей упругости. Въ свѣжихъ случаяхъ подобнаго смѣщенія хорошо приложенный пессарій несомнѣнно принесетъ пользу. Въ застарѣлыхъ же, гдѣ широкія связки ра-

стянуты, наклонены и искривлены взадъ подъ вліяніемъ давно существующаго смѣщенія матки и постояннаго давленія кишекъ, если мы даже и придадимъ маткѣ нормальное положеніе пессаріемъ, то этимъ не исправимъ положенія связокъ и не возстановимъ нормальныхъ отношеній тазовыхъ органовъ. Растянутыя, ретровертированныя широкія связки и круглыя вмѣстѣ съ ними останутся въ томъ же положеніи и будутъ представлять достаточную поверхность для давленія расположенныхъ надъ ними тонкихъ кишекъ, которыя будутъ тянуть связки еще болѣе назадъ, а вмѣстѣ съ ними и матку. Пессаріи при подобныхъ условіяхъ не приносятъ пользы или плохо переносятся больными. При ретрофлексіи условія для обратнаго смѣщенія редрессированной матки еще болѣе усугубляются тѣмъ, что искривленное тѣло матки, если только для исправленія положенія не введенъ внутриматочный пессарій, само по себѣ представляетъ постоянную точку опоры для дѣйствія тяжести тонкихъ кишекъ. Укорачивая круглыя связки, приводятъ не только матку въ нормальное положеніе, но и возстановляютъ тазовую перегородку, притягивая широкія связки къ лонному соединенію. Тонкія кишки опять помѣщаются въ заднемъ отдѣлѣ таза позади матки, поддерживаютъ перегородку, нормальныя условія внутри тазоваго давленія снова возстановлены».

«Если съ одной стороны смѣщеніе матки можетъ произойдти вслѣдствіе измѣненія ея консистенціи, большей тяжести дна матки, внезапнаго наклоненія матки и широкихъ связокъ подъ вліяніемъ неловкаго и сильнаго напряженія, воспалительныхъ явленій и пр., то другой, болѣе частой и важной причиной ретроверсіи и пролапса является разслабленіе аппарата, поддерживающаго шейку матки. Извѣстно, что эффектъ смѣщенія шейки матки внизъ будетъ такой-же, какъ и наклоненія дна матки назадъ. Въ подобныхъ случаяхъ матка образуетъ, какъ бы родъ клина, помѣщающагося въ рукавѣ, на который давитъ по направленію къ выходу таза все подвижное содержимое его полости. Если при такихъ условіяхъ парализовать смѣщеніе влагалищной части внизъ усиленнымъ наклоненіемъ дна матки впередъ, что мы можемъ сдѣлать укороченіемъ круглыхъ связокъ, то мы этимъ удержимъ нормальное положеніе матки и уничтожимъ наклонность матки къ ретроверсіи и пролапсу. Понятно, что въ тѣхъ

случаяхъ пролапса, въ которыхъ тазовое дно разслаблено или разрушено и стѣнки рукава совершенно выворочены (Cysto et rectocele), мы не въ состояніи будемъ удержать круглыми связками стѣнокъ рукава. Для этого понадобилось бы ненормальное поднятіе матки и вмѣсто круглыхъ связокъ—канатъ. Производя укороченіе круглыхъ связокъ, мы можемъ и въ этихъ случаяхъ удержать матку позади лоннаго соединенія и тѣмъ уничтожить ея клинообразное дѣйствіе и уже послѣ этой операціи пессаріемъ или пластикой легко исправить и смѣщеніе стѣнокъ рукава, такъ какъ матка сохраняетъ свое нормальное положеніе. Впрочемъ, не только укороченіемъ круглыхъ связокъ, но даже и возстановленіемъ поддерживающаго cervix uteri аппарата, мы не излѣчимъ cystocele и rectocele, требующихъ спеціальныхъ операцій».

Вотъ тѣ разсужденія и принципы, которые руководили Alexander'омъ при предложеніи укороченія круглыхъ связокъ для леченія смѣщеній матки и которыя позволяютъ ему разсчитывать на дѣйствительный успѣхъ этой операціи. Они же ясно указываютъ и цѣли, которыя преслѣдуетъ операція.

Укороченіемъ круглыхъ связокъ можно смѣщенной маткѣ придать только нормальное положеніе, но не измѣнить патологическихъ условій, въ которыхъ находится органъ. Cystocele и rectocele не излѣчиваются вполнѣ этой операціей. Для ихъ излѣченія нужно было бы значительно приподнять матку, а это не входитъ въ цѣли операціи, такъ какъ чрезмѣрнымъ вытягиваніемъ связокъ мы заставили бы ихъ удерживать на себѣ всю тяжесть матки и преодолѣвать давленіе всѣхъ тазовыхъ органовъ, чему онѣ (связки) не въ состояніи сопротивляться даже въ теченіи 24 часовъ. Матка при нормальныхъ условіяхъ не виситъ на круглыхъ связкахъ и не слѣдуетъ ставить ее въ такія ненормальныя условія. Симптомы, сопровождающіе смѣщенія матки, излѣчиваются операціей на столько, на сколько они зависятъ отъ смѣщенія.

Изъ опредѣленія цѣли операціи слѣдуютъ показанія и противупоказанія къ ней.

Операція можетъ быть произведена во всѣхъ тѣхъ случаяхъ заднихъ смѣщеній и пролапса матки, въ которыхъ состояніе паціэнтки это позволяетъ, и гдѣ не существуетъ препятствій для

приведенія матки въ нормальное положеніе или же вѣсъ органа не на столько увеличенъ, чтобы заставить круглыя связки удерживать непосильную для нихъ тяжесть.

Такимъ образомъ противопоказаніями къ укороченію круглыхъ связокъ, помимо общихъ для всѣхъ операцій, будутъ: 1) Случаи, гдѣ существуютъ сращенія матки съ сосѣдними органами или съ тазомъ и она не можетъ быть редрессирована въ нормальное положеніе зондомъ. 2) Тѣ случаи, въ которыхъ сращеній и нѣтъ, но изъ анамнеза можно подозрѣвать воспаленіе тазовой клѣтчатки, распространившееся на круглыя связки. Матка при подобныхъ условіяхъ, хотя и можетъ быть редрессирована, но можно опасаться, что связки или не будутъ вытянуты, или же разорвутся при первыхъ тракціяхъ. Случаи эти предусмотрѣть трудно и они всегда будутъ давать извѣстное число неоконченныхъ операцій. 3) Случаи, гдѣ объемъ и вѣсъ матки значительно увеличены, чаще всего новообразованіями. Кромѣ того Alexander не совѣтуетъ производить этой операціи въ случаяхъ сильнаго ожиренія и большаго venter propendens и сомнѣвается, чтобы она могла быть предпринята во время беременности. Для случаевъ, въ которыхъ промежность и стѣнки живота растянуты до необыкновенныхъ размѣровъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія внутренностей или обильнаго отложенія жира въ брыжейкѣ и сальникѣ, и гдѣ выпаденіе матки является однимъ изъ послѣдствій общей наклонности къ образованію грыжи, Alexander также еще не опредѣлилъ принциповъ, на основаніи которыхъ можно достигнуть излеченія.

Сказавъ, что операція можетъ быть произведена во всѣхъ случаяхъ заднихъ смѣщеній и пролапса матки, въ которыхъ ее можно редрессировать въ нормальное положеніе, Alexander тотчасъ дополняетъ, что никто не станетъ оперировать тамъ, гдѣ смѣщеніе органа открыто случайно и не сопровождается никакими болѣзненными симптомами. Если пессарій вполнѣ уничтожаетъ болѣзненные симптомы и не вызываетъ раздраженія, ни паціэнтка, ни ея врачъ также не подумаютъ объ операціи. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ паціэнтка ужасается мысли носить постоянно пессарій и часто мѣнять его вслѣдствіе того, что пессарій приноситъ мало пользы, не удерживая матки въ нормальномъ положеніи, или вызывая раздраженіе, операція вполнѣ показана.

Укороченіе круглыхъ связокъ Alexander считаетъ операціей деликатной. Ближе всего она подходитъ къ перевязкѣ артерій и невротоміи, но и отъ нихъ отличается тонкостью и существенными особенностями. Пульсація артерій и характерный видъ и строеніе нервовъ даютъ возможность оператору руководиться этими признаками при ихъ отысканіи и тѣмъ значительно упрощаютъ эти операціи. Круглыя связки не имѣютъ такихъ характерныхъ свойствъ и на первый взглядъ представляются въ видѣ пучковъ блѣдно мяснаго цвѣта, которые при неопытности очень легко смѣшать съ другими тканями, окружающими связки. Только уже при дальнѣйшемъ вытягиваніи связка получаетъ видъ бѣлесовато-сухожильнаго шнурка, по которому ее легко узнать.

На ряду съ другими нынѣ производимыми операціями Alexander эту не считаетъ опасной.

По мнѣнію Alexander'а укороченіе круглыхъ связокъ представляетъ абсолютно вѣрный способъ леченія ретрофлексіи и версіи, прочность котораго гарантирована почти 4 годовымъ наблюденіемъ. При пролапсѣ механическіе результаты были почти такіе же, хотя и не столь благопріятные.

До настоящаго времени Alexander оперировалъ по этому способу въ 40 случаяхъ заднихъ смѣщеній и пролапса матки, но въ оцѣнку полученныхъ результатовъ мы теперь входить не будемъ.

Adams [1]), какъ и Alexander, тоже задолго до появленія его работы занимался вопросомъ объ укороченіи круглыхъ связокъ съ цѣлью леченія заднихъ смѣщеній и пролапса матки, не разъ демонстрировалъ эту операцію на трупахъ, но воздерживался отъ ея обнародованія до полученія клиническихъ результатовъ.

Исходя изъ собственныхъ наблюденій на 30 трупахъ и изученія литературы, относящейся къ строенію и функціи круглыхъ связокъ, Adams видитъ въ этихъ связкахъ органъ, имѣющій важное значеніе для удержанія матки въ нормальномъ положеніи. Широкія связки, говоритъ онъ, предупреждаютъ загибы тѣла матки надъ шейкой, а круглыя препятствуютъ выпаденію и наклоненію матки взадъ. Понятно, что если подъ вліяніемъ какихъ либо причинъ произойдетъ разслабленіе и растяженіе связокъ, то

---

[1]) Glasgow med. Journ. 1882. T. XVII, стр. 437—446.

легко можетъ явиться наклонность къ происхожденію пролапса и наклоненія матки. Очевидно, что, вытягивая и укорачивая круглыя связки, мы имъ вмѣстѣ съ широкими придадимъ нормальное положеніе и тѣмъ поставимъ матку въ отвѣсное положеніе, при которомъ наклонность къ смѣщенію и выпаденію устраняется. Не найдя въ извѣстной ему литературѣ указаній на эту операцію, Adams считаетъ ее новой и выражаетъ удивленіе по поводу того, что до сихъ поръ операція эта не примѣнялась.

Предложенная Adams'омъ техника операціи вполнѣ сходна съ техникой Alexander'а. Онъ обращаетъ вниманіе всѣхъ начинающихъ оперировать на трудность распознаванія связокъ. «Найдти на живой круглыя связки, которыя только называются связками (sui generis), тамъ гдѣ онѣ расщепляются и прикрѣпляются къ жировой клѣтчаткѣ», говоритъ [1]) Adams, «представляетъ задачу, которая серьезно затрудняетъ людей, обладающихъ знаніемъ и оперативною ловкостью, и которые давно уже вышли изъ ранга новичковъ и принуждаетъ ихъ искать помощи въ спеціальныхъ упражненіяхъ на трупѣ». Въ виду этого онъ считаетъ болѣе удобнымъ захватить щипцами всѣ ткани, помѣщающіяся въ наружномъ паховомъ отверстіи, и уже потомъ изолировать связку. Онъ рекомендуетъ этотъ пріемъ еще и потому, что вытягивая одну связку легко, повредить ея тонкій хрупкій наружный конецъ. При дальнѣйшей изоляціи опасаться разрыва связокъ не слѣдуетъ. Соединительная ткань между мышечными волокнами связки дѣлаетъ ее плотной и упругой и даетъ ей возможность выдержать значительныя тракціи. Опасности пораненія брюшины Adams не видитъ; болѣе онъ обращаетъ вниманія на то, чтобы вмѣстѣ со связкой не вытянуть брюшины въ паховой каналъ и тѣмъ не способствовать въ будущемъ возможности образованія паховой грыжи, хотя у женщинъ она встрѣчается рѣдко. Поэтому онъ совѣтуетъ всегда отсепаровывать осторожно брюшину. Излишніе концы связокъ предпочитаетъ выводить наружу, большую часть ихъ отрѣзываетъ, а остатокъ отдѣляется путемъ мумификаціи. Относительно полной безопасности операціи и немедленной пользы отъ нее во многихъ случаяхъ Adams вполнѣ согласенъ съ Ale-

[1]) Brit. med. Journ. 1885. T. II, стр. 672.

xander'омъ. Только въ случаяхъ застарѣлыхъ ретрофлексій, гдѣ дно матки гипертрофировано, результаты операціи не будутъ полными до возстановленія нормальныхъ условій кровеобращенія въ маткѣ.

Въ февралѣ 1882 года Adams произвелъ свою первую операцію; позже онъ оперировалъ еще въ двухъ случаяхъ, которые описаны Miller'омъ [1]). Въ іюнѣ того-же года появилась его первая статья, результатъ анатомическихъ изслѣдованій, и описаніе одного оперативнаго случая. Самъ Adams сознается, что Alexander первый произвелъ эту операцію на живой въ декабрѣ 1881 года, но знакомство съ работами того и другаго автора заставляетъ насъ признать, что изслѣдованія Adams'а произведены сомостоятельно и независимо отъ Alexander'а, одновременно съ послѣднимъ.

Campbell [2]) примѣнилъ укороченіе круглыхъ связокъ въ 4 случаяхъ смѣщеній матки съ различнымъ успѣхомъ. Указывая на затрудненія при отыскиваніи связокъ, онъ вмѣстѣ съ тѣмъ предостерегаетъ оперировать въ случаяхъ, гдѣ имѣются сращенія матки, и у больныхъ, которыя сильно кашляютъ. Операціи Campbell прэдсказываетъ блестящую будущность и видитъ въ ней признакъ хирургическаго прогресса гинекологіи.

Lediard [3]) оперировалъ въ 4 случаяхъ выпаденія матки и не всегда могъ отыскать связки. Концы связокъ онъ выводитъ наружу, наматываетъ на палочку и оставляетъ ихъ въ видѣ ножки до произвольнаго отдѣленія. Связки должны быть тщательно вшиты, такъ какъ ихъ глубокое и поверхностное укрѣпленіе составляетъ одно изъ существенныхъ условій успѣха операціи. Lediard, какъ и Adams, обращаетъ вниманіе на возможность вытянуть брюшину и совѣтуетъ въ подобныхъ случаяхъ отодвигать ее пальцемъ. Операцію Lediard считаетъ безкровной и безопасной и увѣренъ, что она будетъ принята не только хирургами Англіи, но и всего свѣта.

Gardner [4]) произвелъ операцію въ 9 случаяхъ смѣщеній

---

[1]) Glasgow med. Journ. 1882. T. XXII, стр. 121—125.
[2]) Braithwaite's retrospect of medic. Vol LXXXVIII. 1883. стр. 380.
[3]) Brit med. Journ. 1884. Vol I, стр. 354.
[4]) Australian med. Journ. 1884. Vol VI, стр. 394—396.

матки, изъ которыхъ нѣкоторыя сопровождались смѣщеніемъ яичниковъ. Для опредѣленія направленія кожнаго разрѣза онъ вкладываетъ палецъ въ наружное паховое отверстіе и на вдавленной кожѣ дѣлаетъ знакъ ногтемъ. Это центръ первоначальнаго разрѣза, который можетъ быть продолженъ вверхъ и внизъ. Gardner совѣтуетъ редрессировать матку не зондомъ, а отодвиганіемъ влагалищной части при одновременномъ вытягиваніи связокъ, пока чрезъ стѣнки живота дно матки не прощупывается на его нормальномъ мѣстѣ. Вытянутыя связки G. связываетъ между собой и кладетъ подъ нихъ нѣсколько слоевъ марли, чтобы удержать ихъ въ натянутомъ состояніи и затѣмъ уже пришиваетъ къ ранѣ, соединяя тѣмъ же швомъ и кожный разрѣзъ. Во всѣхъ случаяхъ онъ вкладывалъ дренажъ подъ связку. Трудности операціи, по мнѣнію G., могутъ быть избѣгнуты упражненіемъ на трупѣ. Gardner хотѣлъ бы ограничить примѣненіе операціи только случаями хронической ретрофлексіи со смѣщеніемъ одного или обоихъ яичниковъ; при пролапсѣ же примѣнять ее только тогда, когда, послѣ пластической операціи, пессаріемъ нельзя удержать матки въ нормальномъ положеніи. Результаты операціи Gardner признаетъ превосходными и въ случаяхъ смѣщеній матки, осложненныхъ опущеніемъ яичника, видитъ въ ней два преимущества: 1) Приведеніемъ яичниковъ въ нормальное положеніе устраняется безплодіе, находящееся въ зависимости отъ того, что fimbriae не могутъ обхватывать смѣщенныхъ яичниковъ. Другое преимущество то, что во многихъ случаяхъ операція эта предупреждаетъ необходимость удаленія яичниковъ при ихъ смѣщеніи.

Elder [1]) примѣнилъ операцію въ одномъ случаѣ пролапса съ чрезвычайнымъ эффектомъ. По его мнѣнію укороченіе круглыхъ связокъ представляетъ простую и безопасную операцію и онъ надѣется на ея распространеніе въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ другое леченіе даетъ отрицательные результаты.

Въ засѣданіи Британскаго гинекологическаго общества, гдѣ Elder сообщалъ о своемъ случаѣ операціи, Burton [2]) заявилъ, что онъ также произвелъ эту операцію въ 13 или 14 случаяхъ различныхъ смѣщеній матки, преимущественно ретроверсіи. Bur-

---

[1]) Brit. med. Journ. 1884. T. II, стр. 360.
[2]) Brit. med. Journ. 1884. T. II, стр. 360.

ton полагаетъ, что операцію эту можно примѣнять въ подходящихъ случаяхъ заднихъ смѣщеній и пролапса матки, въ которыхъ пессаріи не приносятъ пользы, и что она въ болѣе короткое время даетъ лучшіе результаты, чѣмъ другіе методы леченія.

Reid [1]) оперировалъ 3 раза. Онъ считаетъ болѣе удобнымъ стать на той сторонѣ, гдѣ предполагаютъ оперировать, потому что паховое отверстіе и концы связокъ при этомъ легче отыскиваются. Свободный конецъ связки Reid не совѣтуетъ вкладывать въ рану, чтобы въ самой ранѣ не было струпа. Относительно результатовъ операціи онъ полагаетъ, что она измѣняетъ только положеніе матки, но не условія, въ которыхъ находится этотъ органъ. Reid будетъ охотно примѣнять операцію въ случаяхъ гипертрофіи матки, сопровождающихся смѣщеніемъ органа, разсчитывая, что приведеніе матки въ нормальное положеніе остановитъ дальнѣйшее развитіе гипертрофіи.

Winslow [2]), оперировавшій въ одномъ случаѣ пролапса, считаетъ укороченіе круглыхъ связокъ радикальнымъ методомъ леченія этой болѣзни.

Allan [3]), сообщая объ одномъ случаѣ произведенной имъ операціи по поводу пролапса, указываетъ, что многочисленныя изслѣдованія на трупахъ убѣдили его въ томъ, что операція можетъ быть неокончена вслѣдствіе тонкости или хрупкости связокъ, или ихъ приращенія. Онъ также замѣтилъ, что у старыхъ женщинъ связки иногда подвергаются жировой дегенераціи.

Imlach'у [4]) принадлежитъ второе мѣсто послѣ Alexander'а по числу произведенныхъ имъ операцій. Онъ оперировалъ 38 разъ при различныхъ смѣщеніяхъ матки, частью осложненныхъ опущеніемъ яичниковъ. Техника операціи у Imlach'а отличается только тѣмъ, что кожный разрѣзъ онъ дѣлаетъ maximum въ 1,5 сант., а связку пришиваетъ къ ножкамъ паховаго отверстія только одной тонкой шелковой лигатурой. Пришивать связки многими толстыми лигатурами онъ не совѣтуетъ въ виду того, что нѣтъ основаній предполагать, что матка будетъ висѣть на этихъ лигатурахъ.

---

[1]) Brit. med. Journ. 1884. T. II, стр. 359.
[2]) Med. News. Philad. 1884. T. XIV, стр. 598.
[3]) Lancet. 1884. Vol. I, стр. 1030.
[4]) Edinb. med. Journ. 1884—1885. T. 30. P. 2, стр. 913.

между тѣмъ, какъ ихъ употребленіе легко влечетъ за собой нежелательное нагноеніе. Производство операціи Imlach, послѣ нѣкоторой практики, не считаетъ труднымъ, но обращаетъ вниманіе на то, что у нѣкоторыхъ женщинъ ножки наружнаго паховаго отверстія неясно выражены и что за него (отверстіе) легко могутъ быть приняты расположенныя по бокамъ ножекъ выполненныя жиромъ пространства, образуемыя въ этомъ мѣстѣ расщепленіемъ сухожилія musculi obliqui abdominis externi. Связки онъ всегда находилъ и легко вытягивалъ, за исключеніемъ 2 случаевъ, гдѣ матка была прирощена къ крестцу. Концы связокъ Imlach выводитъ наружу и дренажа не употребляетъ въ виду того, что раны почти всегда заживаютъ per primam.

Что касается до опредѣленія случаевъ, которыми должно быть ограничено примѣненіе операціи, то Imlach находитъ ее вполнѣ показанной при обыкновенномъ пролапсѣ и безболѣзненной ретроверсіи и флексіи матки. Тамъ же, гдѣ prolapsus uteri осложненъ cystocele и rectocele, что бываетъ въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ этого смѣщенія, операція становится практически безполезной. При ретрофлексіи, осложненной опущеніемъ болѣзненныхъ и увеличенныхъ яичниковъ, Imlach, очевидно, большой поклонникъ оофоректоміи, также рекомендуетъ предварительно испытать укороченіе круглыхъ связокъ. Конечно, Imlach не думаетъ при этомъ, чтобы послѣдней операціей можно было излѣчить органическія измѣненія яичниковъ, но измѣненія эти не всегда и не такъ легко діагносцируются и къ удаленію яичниковъ можно приступить и позже. Укорачивая же круглыя связки, мы вмѣстѣ съ тѣмъ придаемъ нормальное положеніе и смѣщеннымъ яичникамъ и можемъ разсчитывать на полное устраненіе болѣзненныхъ симптомовъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ органическихъ измѣненій не существуетъ.

Результаты операціи въ подходящихъ случаяхъ Imlach считаетъ очень удовлетворительными и полагаетъ, что гинекологи найдутъ ей полезное примѣненіе. «Положеніе матки», говоритъ онъ [1]), «гораздо лучше измѣняется этой операціей, чѣмъ какимъ

[1]) Ibidem стр. 913.

либо до сихъ поръ изобрѣтеннымъ пессаріемъ и результатъ этотъ получается въ 2 недѣли вмѣсто 6 мѣсяцевъ».

Polk [1]) производитъ операцію такъ же, какъ и Alexander. Дренажъ, иногда костный, онъ всегда употребляетъ, не расчитывая на prima intentio. Вмѣсто пессарія для удержанія матки въ нормальномъ положеніи тампонируетъ рукавъ корпійными шариками. По отношенію къ трудностямъ въ техникѣ операціи и встрѣчающимся при ея производствѣ осложненіямъ Polk постепенно измѣнялъ свой взглядъ. Такъ, хотя онъ и говоритъ, что иногда оперировалъ съ большими затрудненіями, и въ первой своей статьѣ [2]), какъ и многіе другіе, указываетъ на трудности въ нахожденіи связокъ, но позже [3]) сталъ удивляться, какъ можно ихъ не найдти. Трудности операціи на трупѣ Polk объясняетъ трупнымъ окоченѣніемъ. Утверждая вначалѣ, что брюшина въ нѣкоторыхъ случаяхъ плотно сращена со связками, что должно удержать отъ ихъ вытягиванія, Polk въ дальнѣйшихъ своихъ сообщеніяхъ отказался и отъ этого. Разрыва связокъ [4]) и пораненія брюшины во время операціи опасаться нечего, а инвагинаціи брюшины въ паховой каналъ онъ не замѣтилъ даже въ случаяхъ хроническаго перитонита и целулита.

Показанія къ операціи, по мнѣнію Polk'a [5]), могутъ быть суммированы слѣдующимъ образомъ: Retroversio и Retroflexio uteri, гдѣ пессарій не приноситъ пользы. Prolapsus ovarii при возможности его вправленія и отсутствіи патологическихъ измѣненій. При пролапсѣ матки, комбинируя эту операцію съ пластической, дѣлаютъ все возможное для излеченія этой формы смѣщенія. Сдѣлавъ операцію 15 разъ, Polk считаетъ «укороченіе круглыхъ связокъ достойнымъ прибавленіемъ къ средствамъ, которыми мы можемъ принести пользу большому числу несчастныхъ страдалицъ».

Munde [6]), первый производившій эту операцію въ Америкѣ,

---

[1]) Philad med. Times. 1884—1885. Vol. XV, стр. 859.
[2]) Ibidem стр. 859.
[3]) Americ. Journ. of Obst. 1886. Vol. XIX № 2, стр. 159.
[4]) По просьбѣ Polk'a профессоръ Willistom Wrigt изслѣдовалъ прочность наружныхъ отрѣзковъ круглыхъ связокъ. Подвѣшивая къ нимъ различныя тяжести, онъ замѣтилъ, что связки рвутся при $4^3/_4$—5 фунт. До разрыва связки растягиваются почти вдвое и растягиваніе начинается при тяжести въ $2^3/_4$—3 ф.
[5]) Medical Record. 1886. Vol. XXX, № 1, стр. 3.
[6]) New Engl. Medic. Monthly. 1885. Vol. IV. № 8, стр. 357.

чаще другихъ встрѣчался съ затрудненіями въ отыскиваніи связокъ. На основаніи 6 произведенныхъ имъ операцій онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Операцію всего удобнѣе производить у субъектовъ худыхъ, гдѣ tuberculum pubicum и наружное паховое отверстіе легко могутъ быть прощупаны.

2) У женщинъ жирныхъ развитіе жировой клѣтчатки въ наружномъ паховомъ отверстіи такъ затемняетъ концевыя волокна связокъ, что ихъ распознаваніе и изоляція дѣлаются очень трудными или невозможными.

3) У нѣкоторыхъ женщинъ, какъ у худыхъ, такъ особенно же у жирныхъ сухожильная часть связки отсутствуетъ; она вся мышечная и легко рвется, что уничтожаетъ эффектъ операціи раньше, чѣмъ она кончена.

4) Операція остается всегда невѣрной вслѣдствіе того, что невозможно ранѣе узнать нормальны или ненормальны связки у даннаго субъекта. По этой же причинѣ и прогнозъ операціи не можетъ быть столь вѣрнымъ, какъ въ другихъ пластическихъ операціяхъ.

5) Исключая глубокаго нагноенія въ паховомъ каналѣ, операція эта изъята отъ всякихъ другихъ опасностей.

Во всякомъ случаѣ Mundé считаетъ эту операцію остроумной и благодѣтельной для женщинъ и не отказывается продолжать ее на подходящихъ субъектахъ. Онъ находитъ однако необходимымъ обратить вниманіе на трудности операціи и удержать хирурговъ отъ увлеченія ею, ограничивъ примѣненіе операціи хорошо опредѣленными случаями (well indicated cases) подвижной, вялой матки при retroversio, retroflexio и descensus у женщинъ худыхъ, съ хорошо развитыми tuberculum pubicum и наружнымъ паховымъ отверстіемъ, гдѣ связки могутъ быть легко найдены и изолированы, а пессарій не приноситъ пользы.

По поводу сообщеній Polk'a и Mundé, сдѣланныхъ въ различныхъ засѣданіяхъ Нью-Іоркскаго акушерскаго общества, Emmet [1]) замѣтилъ, что въ рукахъ Alexander'a операція не кажется трудной и даетъ хорошіе результаты. По его мнѣнію опе-

---

[1]) Americ. Journ. of Obstetr. 1885. Vol. 18, стр. 1189.

рація все же должна имѣть ограниченное примѣненіе и не изъята отъ опасностей, потому что легко вытянуть брюшину вмѣстѣ со связкой.

Съ мнѣніемъ Emmet'а вполнѣ соглашается и Scott[1]).

Parish[2]) находитъ, что извѣстные ему случаи операціи могутъ достаточно засвидѣтельствовать ея достоинства. Опасности кровотеченія и травматическаго перитонита онъ въ операціи не видитъ. Произведя операцію въ одномъ случаѣ пролапса, Parish полагаетъ, что кромѣ заднихъ смѣщеній она можетъ быть полезна, какъ предварительная, при пролапсѣ, осложненномъ cysto et rectocele и разрывомъ промежности.

Sinclair[3]) считаетъ операцію нетрудной и неопасной, вполнѣ полезной при пролапсѣ. Употребленіе пессарія тотчасъ послѣ операціи онъ находитъ безполезнымъ,, потому что втягиваніе ранъ не устраняется, а производимое пессаріемъ напряженіе верхняго отдѣла рукава можетъ только усилить растяженіе связокъ.

Groom[4]) и Keith[5]) не согласны съ Sinclair'омъ относительно трудностей операціи. И тотъ и другой находятъ, что отыскиваніе круглыхъ связокъ представляетъ большія трудности и занимаетъ большую часть времени необходимаго для операціи. Послѣдній даже сомнѣвается, чтобы операція эта стала обычной, потому что всегда есть рискъ потерпѣть неудачу, очень часто бываетъ нагноеніе въ ранахъ, уничтожающее эффектъ операціи, и кромѣ того она не изъята и отъ другихъ опасностей.

Lawson Tait[6]), считая укороченіе круглыхъ связокъ дѣйствительнымъ средствомъ для леченія ретроверсіи, все же не принадлежитъ къ поклонникамъ операціи. Ему она совсѣмъ не нравится. Такой пессимистическій взглядъ на операцію развился у Lawson Tait'а вслѣдствіе видѣннаго имъ летальнаго случая, бывшаго въ практикѣ одного изъ лондонскихъ хирурговъ и потому, что больная, которую онъ самъ оперировалъ, едва не умерла и поправлялась 9 недѣль.

---

[1]) Med. Record. 1886. Vol. XXX № 2, стр. 48.
[2]) N. J. Med. Journ. 1885. Vol. I, стр. 621.
[3]) Transact. of the Edinb. obst. soc. Vol. X, стр. 165—166.
[4]) Ibidem стр. 166.
[5]) Ibidem стр. 167.
[6]) Brit. Gynecol. Journ. 1885. Vol. I, стр. 266.

Herman [1]), на основаніи собственнаго опыта въ этой операціи, видитъ въ укороченіи круглыхъ связокъ прекрасное прибавленіе къ способамъ леченія смѣщеній матки, но не совѣтуетъ публиковать случаевъ раньше продолжительныхъ наблюденій надъ ними.

Nancrede [2]) согласенъ съ Alexander'омъ въ томъ, что укороченіемъ круглыхъ связокъ возстановляется тазовая перегородка, образуемая широкими связками и маткой, а вмѣстѣ съ тѣмъ возстановляются и нормальныя условія внутри—тазоваго давленія, способствующія маткѣ удержать приданное ей положеніе. Операція эта, по его мнѣнію, пополнила пробѣлъ, имѣвшійся въ оперативныхъ способахъ леченія смѣщеній матки. Достоинства и результаты операціи на столько хороши, что Nancrede, заканчивая свою статью, счелъ нужнымъ сказать: «Будемъ надѣяться, что эта новая операція удалитъ еще одно безславное пятно, лежащее на медицинской наукѣ, и внесеннымъ ею усовершенствованіемъ въ терапіи болѣзней матки будетъ служить указателемъ тѣхъ успѣховъ, которые сдѣлала хирургія на пути общаго прогресса наукъ въ этомъ столѣтіи» [3]).

Harrington [4]) на основаніи статистическихъ данныхъ и собственнаго ограниченнаго опыта полагаетъ, что операція заслуживаетъ особаго вниманія въ подходящихъ случаяхъ.

Thorburn [5]) не думаетъ чтобы операція была трудна, за исключеніемъ случаевъ, когда она производится у очень жирныхъ субъектовъ. Результаты, которые были достигнуты разными операторами, убѣдили его въ томъ, что хотя время и можетъ измѣнить мнѣніе о степени постоянства успѣха, достижимаго этой операціей, но все же мы въ ней имѣемъ новый методъ леченія, достойный усиленнаго испытанія.

Ярымъ противникомъ этой операціи между англійскими хирургами являетси William Duncan [6]). «Укороченіе круглыхъ связокъ», говоритъ онъ, «не принадлежитъ къ такимъ операціямъ,

---

1) Med. Times and Gaz. 1885. Vol. II, стр. 113.
2) Med. and surg. Reporter. 1885. Vol. LIII, стр. 681.
3) Ibidem стр. 683.
4) Boston medic. and surgic. Journ. 1886. Vol. CXIV, стр. 391.
5) A practical treatise on the diseases of women. 1885. London, стр. 317.
6) Brit. med. Journ. 1885. Vol II, стр. 123.

которымъ больныя могли бы подвергнуться безъ всякой опасности. Не смотря на антисептику, роковой исходъ не можетъ быть предусмотрѣнъ вслѣдствіе тѣхъ же причинъ и условій, какъ и при грыжесѣченіи». Изъ практики другихъ хирурговъ W. Duncan'у извѣстны семь летальныхъ исходовъ послѣ этой операціи, что при 350 случаяхъ, въ которыхъ она была примѣнена, составляетъ 2% смертности. И по отношенію къ пользѣ операціи W. Duncan не можетъ согласиться съ Alexander'омъ. Его собственный опытъ въ 4 случаяхъ ретрофлексіи, сопровождавшейся смѣщеніемъ яичниковъ, былъ крайне неудаченъ. Все это заставляетъ W. Duncan'а сказать, что при операціи паціэнтки подвергаются извѣстному риску и «что операція не всегда удовлетворяетъ намѣреніямъ оператора и надеждамъ больныхъ».

На европейскомъ континентѣ описываемая операція до сихъ поръ еще трудно прививается и только во Франціи на нее обратили больше вниманія. Работы французскихъ авторовъ относятся главнымъ образомъ къ изслѣдованіямъ на трупахъ и стали появляться съ 1885 года.

Tissier [1]), производившій свои изслѣдованія на трупахъ въ сообществѣ Hasche, констатируетъ трудности въ обнаженіи наружнаго паховаго отверстія и отысканіи связокъ. Если при благопріятныхъ условіяхъ связки даже и будутъ найдены, то ихъ рискуютъ разорвать прежде, чѣмъ тракціи достигнутъ силы 3—4 килограммъ. Послѣдній фактъ приводитъ Tissier къ предположенію, что не производится ли въ успѣшныхъ случаяхъ операціи вытягиванія апоневротическихъ волоконъ, которыя легко могутъ быть смѣшаны съ круглой связкой. Разъ допустивъ такое предположеніе, Tissier, понятно, долженъ былъ сдержанно высказаться о достоинствахъ и будущности операціи и прійдти еще къ другому предположенію о томъ, что нѣкоторыя больныя, выздоровѣвшія послѣ операціи, были истеричны, и всякое другое вмѣшательство могло дать въ этихъ случаяхъ такой-же благопріятный результатъ.

Doleris и Ricard, въ особенности первый, посвятили занимающему насъ вопросу нѣсколько работъ. Въ своихъ первыхъ

---

[1]) France Medicale. 1885. T. I, стр. 827.

анатомическихъ изслѣдованiяхъ они не только вполнѣ согласились съ выводами Tissier относительно трудностей и достоинствъ операцiи, но пошли значительно дальше, найдя въ ней серьезныя опасности и крайне неблагопрiятныя послѣдствiя для больныхъ.

Начать съ того, что Doleris и Ricard [1]) не только подтверждаютъ трудности въ нахожденiи связокъ, но даже отрицаютъ ихъ существованiе въ паховомъ каналѣ. При своихъ изслѣдованiяхъ на 28 трупахъ имъ удавалось находить у субъектовъ молодыхъ и худыхъ только слѣды этихъ связокъ, у женщинъ жирныхъ и этого нельзя было найдти. Нѣсколько лучше связки были видны у женщинъ старыхъ и въ послѣродовомъ перiодѣ, но и въ этихъ случаяхъ ихъ нельзя было назвать связками. Это были большею частью мелкiя артерiи, вены, иногда варикозныя и нервные стволики, соединенные волокнами соединительной ткани, иногда и жировой, не представлявшiе даже намека на связку. Если удавалось захватить такой пучекъ, то онъ легко поддавался тракцiямъ, но тотчасъ увлекалъ за собой брюшину, что легко было замѣтить при вскрытiи брюшной полости. Инвагинацiя брюшины происходила уже при начальныхъ тракцiяхъ, а такъ какъ для приведенiя матки въ нормальное положенiе необходимо вытянуть связку отъ 6—10 сант., то легко вмѣстѣ съ ней вытянуть брюшину за наружное паховое отверстiе. Констатировавъ этотъ фактъ, Doleris и Ricard пришли къ заключенiю, что круглая связка не двигается подъ серозной оболочкой, а тѣсно сращена съ ней и влечетъ ее при тракцiяхъ за собой. Результатомъ этой инвагинацiи брюшины въ паховой каналъ съ одной стороны является брюшинная воронка по длинѣ всего паховаго канала, представляющая уже готовый грыжевой ходъ, закрытый послѣ операцiи только однимъ рубцомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ образоваться и грыжевой каналъ, какъ это было съ ними въ одномъ изъ изслѣдованiй на трупѣ, гдѣ большой сальникъ былъ сращенъ своимъ свободнымъ концомъ со связкой и при тракцiяхъ связки и сальникъ втягивался въ паховой каналъ. Съ другой стороны появленiе брюшины за наружнымъ паховымъ отверстiемъ даетъ возможность легко поранить брюшину при изоляцiи

[1]) L'Union médicale. 1885. T. 40, стр. 866.

или резекціи связки, что не разъ случалось съ авторами, а это заставляетъ причислить операцію къ числу такихъ, гдѣ брюшная полость можетъ быть вскрыта. Понятно, что только этихъ фактовъ было достаточно, чтобы заставить Doleris'а и Ricard'а, если не совсѣмъ отказаться отъ этой операціи, то очень ограничить показанія къ ней, но находились и другія условія, которыя еще болѣе утверждали ихъ въ этомъ мнѣніи.

Такими условіями Doleris и Ricard считаютъ: 1) Невозможность произвести операцію въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ или матка и яичники сращены съ сосѣдними органами, или круглыя связки лежатъ неправильно въ зависимости отъ измѣненія оси матки или перемычекъ, оставшихся послѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ,—случаи, въ которыхъ больныя чаще всего нуждаются въ помощи. 2) Необходимость употребленія пессаріевъ послѣ операціи или дополнительныхъ операцій (Elytrorrhaphia и perineorrhaphia), которыя могли оказать значительное вліяніе на полученные результаты. 3) Сомнѣніе въ постоянствѣ результатовъ въ виду того, что положеніе, которое придано маткѣ и въ особенности мочевому пузырю, заставляетъ допустить возможность растяженія и постепеннаго удлиненія связокъ при наполненіи пузыря. Къ мнѣнію Doleris'а и Ricard'а примкнулъ и Mangiagalli [1]), единственный итальянскій хирургъ, производившій эту операцію на трупѣ.

Въ слѣдующей своей работѣ [2]) Doleris и Ricard значительно измѣнили свой взглядъ на эту операцію. Подтверждая возможность инвагинаціи и поранепія брюшины, они при своихъ новыхъ изслѣдованіяхъ на свѣжихъ трупахъ всегда легко находили и изолировали связки и считаютъ эту часть операціи уже нетрудной, а легкой. Различіе въ результатахъ своихъ изслѣдованій авторы объясняютъ тѣмъ, что первая серія операцій была сдѣлана на трупахъ, инъецированныхъ консервирующей жидкостью, которая сильно измѣняла видъ и состояніе тканей. Результаты операціи Doleris и Ricard и на этотъ разъ оставляютъ подъ сомнѣніемъ, находя необходимымъ подвергнуть ихъ точному контролю во Франціи. «Полная безопасность операціи при строгой антисептикѣ», говорятъ они, «заставитъ гинекологовъ скоро рѣшиться на эту операцію».

---

[1]) Nouvelles Arch. d'obstetr. et de gynécol. 1886. № 2, стр. 69.
[2]) L'Union Medicale 1885. T. 40 стр. 1058—1059.

Съ послѣдними изслѣдованіями Doleris'a и Ricard'a вполнѣ согласны по своимъ результатамъ и нѣсколько раньше появившіяся изслѣдованія Beurnier.

Наблюденія на 62 трупахъ убѣдили Beurnier [1]) въ томъ, что круглыя связки всегда существуютъ, легко отыскиваются и изолируются и при тракціяхъ, значительную силу которыхъ связки легко перетерпѣваютъ, они влекутъ за собою матку. При его операціяхъ брюшина никогда не была поранена. Допуская возможность этого, Beurnier полагаетъ, что легко уменьшить опасность этого осложненія наложеніемъ лигатуры на дальній конецъ связки, какъ это дѣлаетъ при своихъ операціяхъ Duplais, подъ руководствомъ котораго Beurnier производилъ свои изслѣдованія. Цѣль лигатуры вызвать сращеніе пораненныхъ частей.

Уже при окончаніи моей работы появился рефератъ [2]) о новой брошюрѣ Beurnier. На сколько можно судить по реферату, работа Beurnier [3]) является продолженіемъ только что приведенныхъ нами изслѣдованій этого автора и касается анатоміи, физіологіи круглыхъ связокъ и тѣхъ оперативныхъ пріемовъ надъ ними, которые служатъ для исправленія неправильныхъ положеній матки.

Изъ полученныхъ Beurnier результатовъ обращаютъ на себя вниманіе слѣдующіе:

1) Beurnier, какъ и Duplais, сомнѣвается въ существованіи canalis Nuckii.

2) Въ случаяхъ, гдѣ брюшина патологически не измѣнена, ея связь съ круглой связкой слаба, а потому инвагинація брюшины во время операціи должна происходить очень рѣдко.

3) Около наружнаго конца lig. rotundi всегда можно найти отдѣльный мышечный пучекъ, отходящій отъ малой косой мышцы, который окружаетъ связку на нѣкоторомъ протяженіи. Пучекъ этотъ Beurnier предлагаетъ называть musculus pubo inguinalis.

4) Наружный конецъ связки чаще всего представляется въ видѣ отдѣльнаго шнурка, расположеннаго въ жировомъ комкѣ,

---

[1]) L'Union Medicale 1885. T. 40, стр. 942—943.

[2]) Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol. № 10 (Repert. univ. № 15, 16, 17), стр. 388—391.

[3]) Beurnier. Ligaments ronds. Anatomie, Physiologie Médic. operat. Paris. 1886.

который здѣсь постоянно находятъ. По выходѣ изъ этого комка, шнурокъ дѣлится на нѣсколько пучковъ. Различіе въ видѣ наружнаго конца круглой связки зависитъ отъ возраста, общаго состоянія, ожиренія или худобы, діатезовъ, беременности и смѣщеній матки.

5) Связка представляетъ мышечно-волокнистый (эластичный) органъ. Поперечнополосатыя мышечныя волокна встрѣчаются только у наружнаго конца связки, если при ея отсепарованіи не были тщательно отдѣлены прилегающіе къ ней мышечные пучки.

6) Сопротивленіе, которое оказываютъ связки тракціямъ, зависитъ отъ ихъ объема, строенія и измѣненій. Границы тракцій колеблются между 400—900 grm. Рѣдко встрѣчаются связки, которыя рвутся при 600—650 grm. Чаще всего связка рвется у внутренняго паховаго отверстія. Эластичность связокъ велика и въ моментъ разрыва онѣ удлиняются на 2—4 сант.

7) Круглыя связки имѣютъ очень мало значенія при нормальномъ положеніи матки, но онѣ играютъ большую роль при ея смѣщеніяхъ назадъ и пролапсѣ, если не съ точки зрѣнія этіологической, то терапевтической.

8) Что касается производства операціи, то Beurnier придерживается способа, описаннаго Imlach'омъ. Нахожденіе связокъ считаетъ всегда возможнымъ, но изоляція ихъ бываетъ иногда очень трудна. При пораненіи брюшины, какъ и прежде, совѣтуетъ наложеніе лигатуры на отдаленный конецъ связки.

Въ общемъ взглядъ Beurnier на операцію можетъ быть резюмированъ слѣдующимъ образомъ: укороченіе круглыхъ связокъ такая же правильная операція, какъ перевязка артерій и другія хирургическія классическія операціи. Изученіе анатоміи, физіологіи круглыхъ связокъ и предложеннаго оперативнаго метода говоритъ за примѣненіе этой операціи для леченія смѣщеній матки, но для полной оцѣнки ея достоинствъ недостаетъ еще многочисленныхъ наблюденій и отдаленныхъ результатовъ.

Изслѣдованія Doleris'а объ укороченіи круглыхъ связокъ, какъ методѣ леченія смѣщеній матки, не ограничиваются только двумя вышеуказанными работами. Въ началѣ 1886 года поя-

вилась его новая обширная статья [1]), теперь еще не оконченная, посвященная историческому обзору развитія и современнаго положенія описываемой операціи. И здѣсь Doleris снова повторяетъ, что онъ будетъ съ недовѣріемъ относиться къ результатамъ операціи до тѣхъ поръ, пока они у различныхъ хирурговъ не будутъ такими-же, какъ и у Alexander'а. Относительно опасности операціи и ея примѣненія взглядъ его опять измѣнился. «Укороченіе круглыхъ связокъ», говоритъ Doleris [2]), «можетъ быть съ полнымъ правомъ примѣнено для леченія смѣщеній матки наравнѣ съ другими оперативными методами, предложенными для этой цѣли. Опасности въ этой операціи столько-же, сколько и въ другихъ обыденныхъ гинекологическихъ операціяхъ при условіи, что строгая антисептика будетъ соблюдена».

Но и это мнѣніе Doleris'а объ описываемой операціи не было окончательнымъ и измѣнилось еще разъ. Въ своей послѣдней статьѣ [3]) онъ уже говоритъ, «что операція эта не влечетъ за собой никакихъ опасностей; результаты извѣстныхъ ему 150 случаевъ большею частью успѣшны и ручаются за достоинства операціи, а нѣкоторыя неудачи легко могутъ быть объяснены тѣмъ, что операція еще новая».

Въ способъ примѣненія операціи Doleris также ввелъ нѣкоторыя измѣненія, знакомство съ которыми для насъ важно потому, что они рѣзко отличаются отъ предложеній Alexander'а.

Считая пластическія операціи основными при леченіи пролапса матки и результаты ихъ на столько благопріятными, что отказаться отъ нихъ онъ не считаетъ возможнымъ, Doleris предлагаетъ комбинировать одновременно оба оперативныхъ способа и ограничиться укороченіемъ только одной связки. При такой комбинаціи сразу достигаются двѣ цѣли: возстановленіе тазоваго дна, излеченіе cystocele et rectocele и приведеніе матки въ нормальное положеніе. Послѣдовательность въ примѣненіи обоихъ оперативныхъ способовъ Doleris также измѣнилъ, находя болѣе правильнымъ, чтобы colporrhaphia anterior была произведена раньше укороченія связокъ. Дѣлаетъ онъ это въ виду того, что при

[1]) Nouvelles Arch. d'obstet. de Gynécol. 1886. № 1, 2, 3 и 4.
[2]) Nouv. Arch. d'obstetr. et de Gynécol. 1886. № 2, стр. 75.
[3]) Nouvelles Arct. d'obstehr. et de Gynéc. 1886. № 6, стр. 351.

предварительномъ укороченіи круглыхъ связокъ и приближеніи дна матки къ мочевому пузырю съ одной стороны создаются условія для усиленія существующаго cystocele и возможности растяженія связокъ со всѣми ихъ послѣдствіями при наполненіи мочевого пузыря; съ другой—операція для устраненія cystocele менѣе удобна при редрессированной маткѣ, потому что ее не всегда легко смѣстить внизъ, а при возможности смѣщенія является опасность уничтожить эффектъ уже сдѣланной операціи (укороченія связокъ).

Судя по результатамъ другихъ операторовъ, Doleris считаетъ укороченіе одной связки достаточнымъ для удержанія матки въ правильномъ положеніи и въ происходящемъ при этомъ боковомъ смѣщеніи органа видитъ даже премущество въ томъ отношеніи, что имъ устраняется вліяніе наполненія пузыря на положеніе матки. Помимо этого при укороченіи одной связки, въ случаѣ неуспѣха операціи, имѣется возможность исправить неправильное положеніе матки операціей на другой сторонѣ.

Произведенная Doleris'омъ по этому комбинированному способу операція въ одномъ случаѣ пролапса матки дала весьма благопріятный результатъ.

Въ первой половинѣ 1886 года во Франціи появилась еще одна обширная работа по интересующему насъ предмету. Трудъ этотъ принадлежитъ Manrique'у [1]), избравшему вопросъ объ укороченіи круглыхъ связокъ при смѣщеніи матки тэмой своей докторской диссертаціи, и представляетъ детальный историко-статистическій очеркъ и критическій этюдъ описываемой операціи.

Заняться теперь, почти въ концѣ нашего историческаго очерка, разборомъ этой монографіи не представляетъ цѣли и интереса, потому что это значило бы повторять все изложенное. Для нашихъ цѣлей будутъ вполнѣ достаточны нижеприведенныя положенія Manrique'а, которыя дадутъ намъ возможность вполнѣ познакомиться со взглядомъ этого автора на операцію. Здѣсь же гораздо интереснѣе остановиться на его анатомическихъ изслѣдованіяхъ, которыя послужили основой его выводовъ и взглядовъ на технику, осложненія операціи и ея анатомическія и физіологическія условія.

---

[1]) Manrique. Etude sur l'operation d'Alaxander. Paris. 1886.

Изслѣдованія Manrique'a произведены на 30 трупахъ женщинъ, которыя по формамъ смѣщенія матки и другимъ патологическимъ процессамъ тазовыхъ и половыхъ органовъ могутъ быть распредѣлены въ 2 категоріи.

Первая категорія: 6 случаевъ ретрофлексіи матки со сращеніями въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ; 4 — фибромiомъ матки; 7—cancer uteri и придатковъ; 2—хроническаго тазоваго перитонита; 1 — флегмоны широкой связки; 1 — pyosalpinx съ воспалительнымъ утолщеніемъ круглыхъ связокъ.

Вторая категорія: 8 случаевъ нормальнаго положенія матки; 2—retroversio uteri cum descenso и по одному случаю полнаго пролапса, ретрофлексіи, антефлексіи и гипертрофіи матки.

Изолировать и вытянуть круглыя связки Manrique'у удавалось далеко не всегда и всѣ неудачи въ этомъ отношеніи падаютъ на первую категорію случаевъ. Хотя въ нѣкоторыхъ изъ нихъ и можно было вытянуть связки на значительную длину, но онѣ или совсѣмъ не оказывали никакого вліянія на положеніе матки, или очень ничтожное. Конечно операція не показана въ этой категоріи случаевъ, но констатированный Manrique'омъ фактъ представляетъ важный интересъ въ томъ отношеніи, что имъ легко объяснить неуспѣхъ операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ, о чемъ я скажу позже.

Встрѣтившіеся Manrique'у случаи разрыва связокъ при тракціяхъ и пораненія брюшины относятся главнымъ образомъ къ этой же категоріи случаевъ, хотя послѣднее (пораненіе брюшины) при сильныхъ тракціяхъ возможно и тамъ, гдѣ круглыя связки и другіе органы вполнѣ нормальны; избѣгнуть этого осложненія возможно, осторожно вытягивая связку и изолируя ее только тупыми инструментами. Если бы и при этихъ условіяхъ пораненіе брюшины все же произошло, то при антисептической обстановкѣ операціи оно не имѣетъ значенія, и сдѣланное въ брюшинѣ отверстіе должно быть тотчасъ зашито.

Инвагинація брюшины въ паховой каналъ, какъ замѣтилъ Manrique при его изслѣдованіяхъ, можетъ произойдти или при чрезмѣрномъ вытягиваніи связокъ, или же въ случаяхъ, гдѣ связки вслѣдствіе бывшихъ воспалительныхъ процессовъ сращены съ брюшиной. Если инвагинація произошла, то это всегда легко

распознается по серозному кольцу (gaine séreuse), образуемому брюшиной на дальнемъ концѣ связки.

Для устраненія въ будущемъ возможности происхожденія грыжи, которая можетъ явиться послѣдствіемъ инвагинаціи (чего Manrique не отрицаетъ), онъ совѣтуетъ брюшину сдвинуть возможно дальше назадъ и, по примѣру Duplais, наложить лигатуру на дальній конецъ связки, а рану тщательнѣе зашить:

Что касается затрудненій при отыскиваніи связокъ и ихъ свойствъ, то Manrique обращаетъ вниманіе на слѣдующее: 1) 4 раза при его изслѣдованіяхъ онъ принялъ за круглую связку пучки малой косой мышцы, но легко могъ разубѣдиться въ этомъ потягиваніемъ пучка. 2) Связки бываютъ толще у женщинъ старыхъ и при пролапсѣ матки, у молодыхъ, гдѣ клѣтчатка богата жиромъ, онѣ тоньше. При тазовыхъ воспаленіяхъ связки оказывались тонкими и хрупкими.

Въ остальныхъ 14 случаяхъ второй категоріи изоляція и вытягиваніе связокъ удавались легко и всегда оказывали вліяніе на положеніе матки.

Чтобы познакомиться съ результатами, полученными Manrique'омъ, по отношенію къ вліянію укороченія круглыхъ связокъ на положеніе матки и другихъ тазовыхъ органовъ, приходится описать очень сложный способъ, по которому съ этой цѣлью произведены всѣ изслѣдованія автора, иначе добытые результаты останутся непонятными. Удобнѣе всего для этого воспользоваться описаніемъ одной изъ такихъ операцій, даннымъ Manrique'омъ въ его монографіи.

Manrique [1]). Операція на трупѣ. Случай полнаго пролапса подвижной матки.

Женщина 68 лѣтъ, очень жирная. На кожѣ живота замѣтны слѣды давней беременности. Животъ вздутъ и значительно увеличенъ вслѣдствіе обильнаго отложенія жира.

При положеніи трупа на спинѣ гинекологическимъ изслѣдованіемъ констатировано слѣдующее: Передняя стѣнка рукава опущена и видна между половыми губами, cystocele. Матка понижена, portio vaginalis у входа рукава. Вѣроятно, что при вер-

[1]) Ibidem. стр. 72—76.

тикальномъ положеніи шейка опускалась еще ниже, чего можно достигнуть самымъ незначительнымъ потягиваніемъ. Матка очень подвижна, объемъ ея нормальный; пальцемъ можно придать маткѣ различное положеніе въ тазу. Надвлагалищная часть шейки матки не гипертрофирована. Длина полости матки 6,5 сант.

Въ правой подвздошно-паховой области сдѣланъ тщательный разрѣзъ тканей съ цѣлью достигнуть круглой связки.

По перерѣзкѣ интерколумнарныхъ волоконъ, соединяющихъ ножки паховаго отверстія, найдена маленькая hernie epiploique и позади нея вполнѣ изолированная круглая связка, толщиною въ 3 милиметра. Паховая вѣтвь nervi genito-cruralis лежитъ между hernie epiploique и связкой, помѣщенной между двумя маленькими венами и одной артеріей. Чтобы сдѣлать связку подвижной достаточно было перерѣзать одинъ пучекъ, скорѣе сухожильный, чѣмъ мышечный (продолженіе musculi obliqui abdominis interni) и 3 клѣтчатыхъ пучка (продолженія фасцій подмышечной и подапоневротической). Нервъ также перерѣзанъ. Изолированная связка легко двигается и пальцемъ, приложеннымъ ко влагалищной части, можно ощущать движенія матки при вытягиваніи связки. Эти движенія начинаются, когда связка вытянута на 2 сант. Если отпустить связку, то она уходитъ въ полость живота и палецъ снова чувствуетъ паденіе матки. Если придать маткѣ положеніе retroversio, то связка совсѣмъ прячется въ каналъ. Если теперь ее снова вытягивать, то можно замѣтить наклонность матки къ движенію впередъ и при дальнѣйшемъ вытягиваніи связки матка скорѣе принимаетъ положеніе полной антеверсіи, чѣмъ латероверсіи, хотя она все же уклонена вправо.

На лѣвой сторонѣ операція сдѣлана, согласно описанію Alexander'a, со всѣми предосторожностями, какъ и на живой. И на этой сторонѣ также найдена маленькая hernie epiploique, но связка лежитъ на ея наружной сторонѣ. Связка оказалась такой же толстой и резистентной, какъ и на правой сторонѣ. Изоляція нетрудна.

При слабомъ потягиваніи этой связки можно замѣтить, что противоположная входитъ въ полость живота. Дѣйствіе ее на матку такое же, какъ и правой.

Опредѣливъ дѣйствіе каждой связки въ отдѣльности, Manri-

que снова понизилъ матку до ее первоначальнаго положенія надъ входомъ рукава и осторожно, стараясь не производить никакихъ тракцій, захватилъ шейку матки длинными щипцами Мюзе. Между рукоятками щипцовъ укрѣпленъ карандашъ, заостренный конецъ котораго опирался на бумагу, положенную на столѣ. Точка прикосновенія карандаша отмѣчена и при вытягиваніи связокъ опредѣлялось движеніе матки линіей, проведенной карандашемъ, причемъ можно было измѣрить и степень поднятія матки и ея отношеніе къ укороченію связокъ. При вытягиваніи связокъ на 8 сант. карандашъ начертилъ линію длиною въ 6 сант.; при одновременномъ вытягиваніи связокъ и вправленіи матки пальцемъ достигается поднятіе на лишнихъ 3 сант., всего на 9 сант.

Вытянутыя на 8 сант. связки Manrique укрѣпилъ булавками на eminentia ileo-pectinea и вскрылъ полость живота, произведя предварительно давленіе на regionem umbilicalem.

По вскрытіи положеніе органовъ въ тазовой полости оказалось слѣдующимъ: Одна петля тонкихъ кишекъ находится въ excavatio vesico-uterina, многія петли и rectum наполняютъ заднее дугласово пространство. Передне-задній діаметръ маточно-пузырной ямки=4 сант. Матка въ положеніи anteversio, углы ея отстоятъ на 2,5 сант. отъ внутреннихъ отверстій паховыхъ каналовъ. Мочевой пузырь пустъ. Яичники малы, нормальны, лежатъ позади круглыхъ связокъ, у мѣста ихъ вхожденія въ паховую ямку. Верхніе края широкихъ связокъ растянуты и образуютъ линію вогнутую впередъ и вверхъ. Обѣ поверхности этихъ связокъ неровны отъ складокъ образуемыхъ ихъ пластинками.

Наполненіе мочеваго пузыря водой производитъ измѣненіе въ положеніи органовъ. Матка подымается вверхъ и впередъ, прилегаетъ къ мочевому пузырю, portio vaginalis отклоняется кзади, усиливая наклоненіе матки впередъ. Это передвиженіе органовъ производится расправленіемъ двухъ нижнихъ третей широкихъ связокъ, складки которыхъ теперь исчезаютъ. Въ тоже время круглыя связки оказываются напряженными (se trouvent tiraillés), на что указываетъ искривленіе булавокъ, которыми онѣ прикрѣплены. Наполненіе пузыря уменьшаетъ также и размѣры cystocele.

Если теперь вынуть булавки и снова произвести пролапсъ,

то замѣчается слѣдующее: Дно матки занимаетъ самую глубокую часть полости таза и покрывается мочевымъ пузыремъ. Широкія связки направляются косо сверху внизъ и снаружи внутрь, образуя открытый кверху острый уголъ, въ вершинѣ котораго находится матка. Крестцово-маточныя связки очень удлиненны. Умѣренная тракція маточной шейки заставляетъ эти связки произвести нѣкоторое давленіе на боковыя поверхности recti.

Если вполнѣ опорожнить мочевой пузырь и редрессировать матку чрезъ влагалище, то, по мѣрѣ того какъ матка подымается широкія связки складываются такимъ образомъ, что, когда матка займетъ свое нормальное положеніе, съ боковъ ея дна образуются углубленія, соотвѣтствующія мѣсту нормальнаго положенія верхнихъ краевъ обѣихъ широкихъ связокъ. Ligamenta utero-sacralia также складываются, но не вертикально, какъ широкія, а поперечно.

Матка снова падаетъ, если извлечь изъ рукава поддерживающій ее палецъ.

Нѣкоторые изъ фактовъ, констатированныхъ наблюденіями Manrique'а, должны быть здѣсь отмѣчены, отчасти потому что на нихъ основываются выводы автора, отчасти потому что они касаются важныхъ пунктовъ въ техникѣ операціи.

Замѣченное Manrique'омъ расправленіе широкихъ связокъ при укороченіи круглыхъ склоняетъ его вполнѣ къ ученію Alexander'а о возстановленіи тазовой перегородки и нормированіи внутри—брюшнаго давленія, какъ анатомо-физіологическихъ условій этой операціи. Другой фактъ касается отношенія между поднятіемъ матки и длиною вытянутыхъ связокъ. Получивъ, при вытягиваніи связокъ на 8 сант., начерченную карандашемъ линію въ 6 сант., Manrique дальше говоритъ: [1]) «Такимъ образомъ укороченіе связокъ на 8 сант. устанавливаетъ матку на 6 сант. надъ introitus vaginae, укороченіе на 4 сант. подымаетъ на 2 сант. и укороченіе на 6 сант.—на 4 сант.». Изслѣдованія Manrique'а не позволяютъ ему сдѣлать изъ этого наблюденія общаго правила для всѣхъ случаевъ, но все же онъ долженъ замѣтить, что матка подымается на 2 сант. меньше, чѣмъ вытя-

[1]) Ibidem, стр. 74.

нуты связки. Я уже здѣсь долженъ указать на то, что это положеніе Manrique'а легко можетъ ввести въ ошибку оперирующихъ; подробнѣе я коснусь этого факта при описаніи своихъ операцій на трупахъ. Точно также я не могу войдти теперь въ разъясненіе важности третьяго замѣченнаго Manrique'омъ факта,— уменьшенія размѣровъ cystocele при наполненіи мочеваго пузыря.

Я не могу дольше останавливаться на работѣ Manrique'а, потому что изложеннымъ исчерпываются результаты его собственныхъ изслѣдованій, а въ остальномъ, насколько это можно прослѣдить по всей монографіи, авторъ является большимъ поклонникомъ операціи и сторонникомъ воззрѣній Alexander'а, съ которымъ онъ вполнѣ соглашается.

Самъ Manrique на живыхъ не оперировалъ, а описалъ нѣсколько новыхъ случаевъ операціи, изъ которыхъ 3 произведены Alexander'омъ, 2—Duplais и 1—Reeys'омъ.

Основываясь на своихъ изслѣдованіяхъ, изученіи исторіи и казуистики этой операціи Manrique пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: [1])

1) Укороченіе круглыхъ связокъ съ цѣлью леченія нѣкоторыхъ искривленій и смѣщеній матки совершенно раціонально съ точки зрѣнія анатоміи и физіологіи тазовой полости и regionis ileo-inguinalis.

2) Операція эта излечиваетъ смѣщенія и искривленія матки, возстановляя маточно-рукавный уголъ и непрерывность тазовой перегородки, устанавливая матку внѣ центра дѣйствія силъ тазовой полости.

3) Полный или неполный пролапсъ матки можетъ быть излеченъ этой операціей, когда не существуетъ сращеній.

4) Въ случаяхъ пролапса матки, осложненныхъ выпаденіемъ стѣнокъ рукава, cysto et rectocele, укороченіе круглыхъ связокъ, комбинированное съ элитро-перинеорафіей, излѣчиваетъ пролапсъ матки и устраняетъ возможность выпаденія другихъ тазовыхъ органовъ (et assure la guérison du prolapsus des autres organes pelviens).

5) Ретроверсія матки была излечена этой операціей каждый

---

[1]) Ibidem, стр. 154 и 155.

разъ, когда ее примѣняли въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ матка могла быть приведена зондомъ въ нормальное положеніе.

6) Чтобы излечить подвижную ретрофлексію матки укороченіемъ круглыхъ связокъ, необходимо уничтожить ненормальную сократительность (rétractilité) тканей на мѣстѣ перегиба.

7) Операція эта улучшаетъ положеніе матки, но не ея состояніе. Если ткань искривленной матки поражена, то необходимо продолжать леченіе и послѣ редрессаціи, причемъ условія для леченія теперь будутъ болѣе благопріятны.

8) Выпаденіе яичниковъ въ дугласово пространство можетъ быть излечено этой операціей въ рѣдкихъ случаяхъ, когда эти органы не фиксированы сращеніями.

9) Беременность и роды послѣ этой операціи протекали безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій.

10) Слѣдуетъ лечить только такія смѣщенія и искривленія матки, которыя сопровождаются нарушеніемъ функцій половой системы или же общей экономіи организма.

Чтобы покончить съ вопросомъ о положеніи описываемой операціи во Франціи, я долженъ упомянуть еще о Pean'ѣ, Pajot и Heydenreich'ѣ.

Pean [1]) пытался въ одномъ случаѣ произвести укороченіе круглыхъ связокъ, но операція осталась неоконченной.

Pajot [2]) по поводу второй статьи Doleris'a и Ricard'a, читанной въ засѣданіи парижскаго акушерско-гинекологическаго общества, сказалъ: «Я первый одобряю всякую операцію, когда она имѣетъ своимъ основаніемъ спасеніе погибающей жизни. Смѣщенія матки не даютъ летальныхъ исходовъ, между тѣмъ какъ опасности предлагаемой операціи на столько серьезны, что она легко можетъ повлечь за собой таковой исходъ. Къ тому же большинство припадковъ, сопровождающихъ смѣщенія матки, легко уступаютъ другимъ болѣе простымъ способамъ леченія».

Heydenreich въ краткомъ обзорѣ появившихся работъ объ этой операціи [3]), пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ о пользѣ и примѣненіи укороченія круглыхъ связокъ при неправильныхъ

---

[1]) Nouv. Arch. d'obstetr. et de Gynécol. 1885. № 4, стр. 239.
[2]) Analles de Gynécol et d'obstetr. 1886. T. XXV. № 1, стр. 64.
[3]) Semaine médicale. 1886. № 20, стр. 397.

положеніяхъ матки. Операція болѣе всего показана и даетъ лучшіе результаты при ретроверсіи и ретрофлексіи и именно въ тѣхъ формахъ этихъ смѣщеній матки, которыя зависятъ отъ разслабленія ея связочнаго аппарата. Операція неопасна, но для большей осторожности слѣдуетъ ее примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пессарій не переносится или не исправляетъ положенія матки. О результатахъ операціи при пролапсѣ сказать что либо опредѣленное трудно, такъ какъ она часто была комбинирована съ пластическими. «Во всякомъ случаѣ», говоритъ Heydenreich въ заключеніи своей статьи, «операція эта еще слишкомъ недавно примѣняется, чтобы сдѣлать о ней болѣе точныя заключенія, но все же отъ нея можно ожидать дѣйствительныхъ услугъ и потому она вполнѣ заслуживаетъ вниманія хирурговъ».

Въ Германіи описываемая операція не пользуется сочувствіемъ гинекологовъ. Самыя рѣзкія возраженія противъ нее идутъ отъ Fritsch'a и Winckel'я.

Fritsch, упомянувъ о предложеніи лѣчить смѣщенія матки укороченіемъ круглыхъ связокъ, говоритъ [1]): «Я не дѣлалъ еще этой операціи и потому не могу судить о ней по собственному опыту (als Sachkenner). Однако я не думаю, чтобы я когда-либо произвелъ эту операцію. Кто умѣетъ обращаться съ пессаріями, тотъ при загибахъ матки можетъ безопасно получать отличные результаты, не будучи поставленъ въ необходимость прибѣгнуть къ операціи Alquié-Aran-Freund-Alexander-Adams'a. Выпаденіе же матки мы можемъ лѣчить гораздо легче и вѣрнѣе по способу Hegar'a.

Съ мнѣніемъ Fritsch'a относительно леченія пролапса соглашается и Martin [2]). Видоизмѣненнымъ имъ способомъ Hegar'a, говоритъ онъ, достигается столь полное возстановленіе нормальныхъ условій въ тазовомъ днѣ (Rekonstruction der Verhältnisse im Beckenboden), что до сихъ поръ ему не приходилось прибѣгать не только къ какому-либо другому способу укрѣпленія матки, въ томъ числѣ и къ укороченію круглыхъ связокъ, но даже въ будущемъ избѣгать примѣненія пессарія.

[1]) Billroth und Luecke. Handb. der Frauenkr. B. I. 1885, стр. 767.
[2]) Centralbl. für Gynäcol. 1886. № 6, стр. 92.

И Zeiss [1]), который первый [2]) произвелъ описываемую операцію въ Германіи, не видитъ необходимости въ ея примѣненіи при пролапсѣ, отдавая вмѣстѣ съ Fritsch'емъ предпочтеніе пластическимъ операціямъ. По отношенію къ исправленію положенія матки, при ея наклоненіи и искривленіи, Zeiss полагаетъ, что результаты его оперативныхъ случаевъ могутъ отчасти защитить операцію и опровергнуть приводимыя противъ нея теоретическія возраженія. «Пессаріями», говоритъ онъ, «едва ли всегда возможно получить вѣрный результатъ, а послѣ операціи паціэнтки избавлены отъ ношенія пессарія«. Что касается техническихъ осложненій операціи, то Zeiss [3]), какъ и другіе указываетъ на возможность пораненія и инвагинаціи брюшины. При своихъ упражненіяхъ на трупахъ, онъ вмѣстѣ со связкой вытянулъ сросшуюся съ ней воронку брюшины, что могъ замѣтить только впослѣдствіи, при изслѣдованіи связки въ этомъ мѣстѣ. Это же заставляетъ Zeiss'а рекомендовать тщательную изоляцію связки отъ всѣхъ слѣдующихъ за ней тканей тупымъ инструментомъ.

Rabenau [4]), судя по результатамъ извѣстныхъ ему случаевъ этой операціи, допускаетъ, что укороченіемъ круглыхъ связокъ неправильное положеніе матки при ретроверсіи и флексіи можетъ быть дѣйствительно исправлено, и съ этой стороны операція, по его мнѣнію, заслуживаетъ довѣрія и примѣненія въ подходящихъ случаяхъ. Не смотря на это Rabenau все же думаетъ, что операція, исправляя только положеніе матки и не измѣняя патологическихъ условій, въ которыхъ находится органъ, будетъ приносить пользу не во всѣхъ случаяхъ загиба и наклоненія матки назадъ. Тамъ, гдѣ пессарій, удерживая матку въ нормальномъ положеніи, не приноситъ пользы, вслѣдствіе осложненій смѣщенія матки другими патологическими процессами, каковы ellongatio colli, hypertrophia supravaginalis, endometritis и т. д., и опе-

[1]) Verhandl. der deuts. Gesellsch. für Gynäcol. Erster Kongress. 1886, стр. 252—256.

[2]) Winckel на мюнхенскомъ конгрессѣ гинекологовъ (Verhand. der deutsch. Geselscb. für Gynäcol. Erster Kongress. 1886, стр. 265) упомянулъ, что укороченіе круглыхъ связокъ въ Германіи произведено въ первый разъ Schede въ Гамбургѣ, но объ операціяхъ Schede я въ литературѣ никакихъ указаній не нашелъ.

[3]) Centralbl. für Gynäcol. 1885. № 44, стр. 691.

[4]) Berlin. klinische Wochenschr. 1886. № 18, стр. 285—286.

рація не принесетъ никакой пользы. Говоря проще, мы должны понять Rabenau въ томъ смыслѣ, что операція можетъ только замѣнить пессарій.

Этого же взгляда держится и Küstner [1]) оперировавшій по этому способу въ 2 случаяхъ ретрофлексіи. Нахожденіе связокъ Küstner не считаетъ труднымъ.

Winckel [2]) въ своихъ возраженіяхъ противъ этой операціи руководится слѣдующими основаніями:

1) Вмѣсто одного неправильнаго положенія матки операціей создается другое ненормальное положеніе, Anteversio-flexio uteri, которое можетъ повлечь за собою не менѣе тяжкіе припадки, чѣмъ retroflexio.

2) Операція не устраняетъ существенной причины ретрофлексіи, разслабленія крестцово маточныхъ связокъ, при большой податливости которыхъ положеніе влагалищной части все же останется ненормальнымъ.

3) Опубликованные до сихъ поръ въ литературѣ результаты операціи нельзя считать ни хорошими, ни поощряющими. Нѣкоторыя больныя и послѣ операціи продолжаютъ носить пессарій; въ одномъ случаѣ произошла паховая грыжа (Zeiss), во многихъ не прошло еще достаточно времени для сужденія о результатахъ операціи.

Эти же возраженія, по мнѣнію Winckel'я, конечно, еще съ большей силой могутъ быть приведены противъ этой операціи при пролапсѣ.

Все это приводитъ Winckel'я къ заключенію, что операція исходитъ изъ ложныхъ основаній и въ недалекомъ будущемъ будетъ признана отжившей (obsolet.).

Sänger [3]) также находитъ, что результаты англійскихъ операторовъ неудовлетворительны и что раціональнѣе было бы вмѣсто круглыхъ связокъ укоротить lig. sacro uterina.

Съ мнѣніемъ Winckel'я и Fritsch'а вполнѣ соглашается и

---

[1]) Vergandlungen der deutsch. Gesellsch. für Gynäcol. I Kongress. 1886, стр. 259—260

[2]) Ibidem стр. 263—265 и Winckel. Lehrb. der Frauenkr. Leipzig. 1886, стр. 362—363.

[3]) Mittheil. der Geselsch. für Geburtshielf. in Leipzig. 1885, стр. 19 и 21.

Fränkel [1]), которымъ вопросъ объ укороченіи круглыхъ связокъ при неправильныхъ положеніяхъ матки былъ снова поднятъ на послѣднемъ съѣздѣ нѣмецкихъ врачей и естествоиспытателей въ Берлинѣ.

Насколько можно прослѣдить по краткому реферату статьи Fränkel'я, видно, что и онъ въ своихъ возраженіяхъ противъ этой операціи исходитъ изъ тѣхъ же основаній, что и Winckel.

Существующія показанія къ операціи, въ томъ числѣ и опущеніе яичниковъ, Fränkel считаетъ шаткими. «Опущеніе подвижнаго болѣзненнаго яичника», говоритъ онъ [2]), «исправляется при редрессаціи, и болѣзненность его исчезаетъ, если матка удерживается пессаріемъ въ нормальномъ положеніи. Если же опущенный яичникъ неподвиженъ, то лучше удалить его per laparotomiam, а ножку вшить въ брюшную рану» (операція Koeberle-Schröder'a).

Единственно возможнымъ показаніемъ къ этой операціи, Fränkel, говоря словами реферата [3]), признаетъ «осложненіе большаго пролапса ретрофлексіей или надрывами влагалищной части. При данныхъ условіяхъ прежде всего слѣдуетъ придать маткѣ укороченіемъ круглыхъ связокъ положеніе антеверсіи или сдѣлать пластическую операцію на шейкѣ матки, а затѣмъ въ другой сеансъ кольпоперинеорафію. Первая операція имѣетъ цѣлью устранить послѣдовательное примѣненіе пессарія и возможность растяженія рукава, съуженнаго пластической операціей».

Что касается техники операціи, то и Fränkel считаетъ отыскиваніе связокъ труднымъ и допускаетъ возможность образованія паховой грыжи, какъ послѣдствія этой операціи.

На этомъ же съѣздѣ Küstner объ укороченіи круглыхъ связокъ сказалъ, что этой операціей нельзя лечить ретрофлексіи.

Для полноты историческаго очерка небезъинтересно указать здѣсь на одно мѣсто изъ статьи Kehrer'a, по которому можно судить, что и онъ считаетъ круглыя связки способными удержать матку въ извѣстномъ приданномъ ей положеніи. Такъ, говоря о необходимости удержать послѣродовую матку въ положеніи анте-

---

[1]) Tagebl. der 59 Versamml. deutsch. Naturforsch. und Aerzte. Berlin. 1866. стр. 214.

[2]) Ibidem, стр. 215.

[3]) Ibidem, стр. 215.

флексіи послѣ кесарскаго сѣченія по его способу, Kehrer сказалъ: [1]) «я спрашивалъ себя, не было ли бы разумнѣе вытянуть круглыя связки, укоротить ихъ и оставшіеся куски вшить въ наружное отверстіе паховаго канала или, такъ сказать, вшить искусственныя круглыя связки изъ крѣпкихъ, толстыхъ каучуковыхъ нитей (Gummifäden) въ мѣста, соотвѣтствующія началу и концу круглыхъ связокъ».

Что касается другихъ нѣмецкихъ гинекологовъ-авторитетовъ, то изъ нихъ въ послѣднія изданія своихъ руководствъ и учебниковъ только Schroeder [2]) ввелъ описаніе этой операціи, а Hegar не обмолвился о ней даже ни словомъ.

И такъ, въ Германіи операцію постигла странная судьба. Одни гинекологи совсѣмъ объ ней умолчали, другіе совсѣмъ ее отрицаютъ. Zeiss допускаетъ ее при загибѣ и наклоненіи матки назадъ и отрицаетъ операцію при пролапсѣ. Fränkel наоборотъ отрицаетъ пользу операціи при ретроверсіи и ретрофлексіи и считаетъ ее показанной при пролапсѣ, осложненномъ загибомъ и наклоненіемъ матки назадъ.

Въ Россіи укороченіе круглыхъ связокъ для леченія смѣщеній матки въ первый разъ примѣнилъ профессоръ К. Ѳ. Славянскій. Случай этотъ описанъ мною въ «Русской Медицинѣ», 1886, № 12 [3]).

Въ засѣданіяхъ Петербургскаго акушерско-гинекологическаго общества 13 февраля и 25 сентября 1886 года я сдѣлалъ еще

---

[1]) Kehrer. Zur Kaiserschnitsfrage. Arch. für Gynäcol. 1886. B. XXVII, стр. 262.

[2]) Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig. 1886, стр. 173.

[3]) Neugebauger, реферируя мою статью (въ Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn. 1886, № 7, стр. 276), замѣтилъ, что случай профессора Славянскаго нельзя считать первымъ въ Россіи, такъ какъ операція произведена въ томъ же году докторомъ Матлаковскимъ въ Варшавѣ. Въ протоколахъ Варшавскаго общества врачей (Т. LXXXII. 1886. Ч. I, стр. 200—201), на которые ссылается Neugebauer въ своемъ рефератѣ, я нашелъ только, что Матлаковскій видѣлъ описываемую операцію въ Лондонѣ и хвалитъ ее. Изъ любезнаго письма доктора Neugebauer'а, полученнаго мной въ отвѣтъ на вопросъ относительно подробностей случая Матлаковскаго, я узналъ слѣдующее: 1) Neugebauer присутствовалъ при сообщеніи Матлаковскаго, о случаѣ его операціи. 2) Сообщеніе Матлаковскаго было сдѣлано не самостоятельно, а во время дебатовъ по поводу сообщенія Розенталя объ оперативномъ леченіи prolapsus uteri. 3) Крушевскій въ Варшавѣ также произвелъ эту операцію 2 раза 4) Ни случай Матлаковскаго, ни Крушевскаго до сихъ поръ не описаны. Руководясь сказаннымъ и тѣмъ, что время производства операціи Матлаковскимъ и Крушевскимъ остается для насъ неизвѣстнымъ, мы съ полнымъ правомъ можемъ оставить за профессоромъ Славянскимъ первенство въ производствѣ этой операціи въ Россіи.

два сообщенія о случаяхъ этой операціи, произведенныхъ въ клиникѣ профессора К. Ѳ. Славянскаго.

Въ первомъ [1]) изъ нихъ я, въ видѣ предварительнаго сообщенія, описалъ результаты операціи у 7 больныхъ, находившихся подъ моимъ наблюденіемъ; во второмъ [2]) я демонстрировалъ больную, которая была мною оперирована по поводу полнаго выпаденія матки.

Въ дебатахъ, возникшихъ по поводу моихъ сообщеній, приняли участіе профессора Лазаревичъ, Славянскій и Лебедевъ и доктора Сутугинъ, Оттъ и Грамматикаки.

Грамматикаки [3]), ссылаясь на приведенныя уже мною возраженія Fritsch'а и Winckel'я, замѣтилъ, что основанія къ производству этой операціи пока еще остаются весьма шаткими.

Проф. Лазаревичъ [4]) замѣтилъ, что успѣхъ операціи вполнѣ зависитъ отъ состоянія укорачиваемыхъ связокъ, промежности и всего половаго аппарата и потому въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже a priori можно сказать, насколько успѣшна будетъ операція. Такъ напр., при ожирѣніи мышцъ брюшныхъ стѣнокъ, при значительномъ разрывѣ промежности, при наклоненіи матки взадъ, зависящемъ отъ врожденной короткости передней стѣнки рукава, едва ли можно разсчитывать на успѣхъ операціи. Въ первомъ случаѣ можно ожидать и ожирѣнія круглыхъ связокъ и возможности ихъ растяженія или разрыва при наполненіи мочеваго пузырь, во второмъ укороченіе круглыхъ связокъ не можетъ вести къ исправленію положенія матки и операціи слѣдуетъ предпослать сшиваніе промежности, въ послѣднемъ операціей будетъ искусственно создана anteposіtio uteri, мочевой пузырь окажется сжатымъ между маткой и передней стѣнкой таза и отправленіе его будетъ неминуемо нарушено.

Кромѣ того, проф. Лаз. полагаетъ [5]), что прежде чѣмъ приступать къ весьма сомнительной операціи, слѣдуетъ для излеченія выпаденія матки пробовать такіе способы, которые не

[1]) Приложеніе къ протоколу акуш. гин. общ. въ Спб. № 2, стр. 1—7.
[2]) Протоколъ акуш. гинекол. общ. въ Спб. № 4, стр. 67—69.
[3]) Протоколъ акуш. гинекол. общ. въ Спб. № 1, стр. 11—12.
[4]) Ibidem, стр. 14—15.
[5]) Ibidem № 4, стр. 71.

представляютъ особыхъ неудобствъ и могутъ оказать пользу. Къ таковымъ способамъ проф. Л. преимущественно относитъ леченіе выпаденій матки посредствомъ пессаріевъ.

Оттъ сказалъ: [1]) «Не смотря на то, что операція укороченія круглыхъ связокъ была предложена уже давно цѣлымъ рядомъ авторовъ, она до сихъ поръ не нашла послѣдователей между представителями гинекологіи въ Европѣ. А теперь, кромѣ случаевъ, опубликованныхъ Alexander'омъ, которые совершенно не выдерживаютъ критической оцѣнки, другихъ неизвѣсто [2]). Такимъ образомъ, только на основаніи этого матеріала и можно дѣлать какіе либо выводы и возлагать тщетныя надежды въ будущемъ». По мнѣнію Отта производство этой операціи можно допустить, какъ faut de mieux, развѣ только въ рѣдкихъ случаяхъ ретрофлексіи и ретроверсіи, гдѣ всѣ остальныя мѣры оказались безуспѣшными. Вообще же Оттъ смотритъ на случаи Alexander'a, какъ на новую попытку выдвинуть на видъ уже многократно предлагавшіеся и не нашедшія примѣненія средства.

Проф. Лебедевъ [3]) формулировалъ свое мнѣніе объ операціи укороченія круглыхъ связокъ слѣдующимъ образомъ: «Она умѣстна тамъ, гдѣ, устраняя болѣзненные симптомы, она удовлетворяетъ причинному показанію болѣзни. Поэтому пока онъ считаетъ ее показанною только при выпаденіи матки, осложненномъ отклоненіемъ или загибомъ ея назадъ (при такомъ состояніи она произведена одинъ разъ проф. Л. весною 1886 года). Но при этомъ слѣдуетъ строго различать, съ какой категоріей выпаденія матки имѣемъ дѣло. Въ происхожденіи выпаденія матки конкуррируютъ, какъ извѣстно, многія патолого-анатомическія условія и съ этой точки зрѣнія всѣ случаи выпаденій дѣлятся на 2 группы: въ одной изъ нихъ преобладаютъ однѣ анатомическія разстройства, въ другой—другія. Къ первой категоріи причисляютъ тѣ, гораздо рѣже встрѣчающіяся случаи, гдѣ матка вслѣдствіе разслабленія

[1]) Ibidem № 1, стр. 13—14.

[2]) Въ своемъ первомъ сообщеніи я могъ указать на 120 случаевъ операціи, описанныхъ въ литературѣ. Изъ нихъ въ монографіи Alexander'a опубликованы 22 его собственныхъ случая и 30 другихъ авторовъ. Такимъ образомъ остальныя 68 случаевъ остались неизвѣстными Отту и едва ли онъ былъ вправѣ сказать, что кромѣ случаевъ опубликованныхъ Alexander'омъ, другихъ неизвѣстно.

[3]) Ibidem, стр. 69—70.

ея связочнаго аппарата, какъ-то: lig. rotunda, lig. lata и главнымъ образомъ lig. recto uterina, прежде всего отклоняется назадъ, а затѣмъ опускается и выпадаетъ, выворачивая за собою влагалище, которое выпадаетъ такимъ образомъ послѣдовательно. Другую категорію составляютъ тѣ случаи, гдѣ влагалище выпадаетъ первично и увлекаетъ за собою влагалищную часть матки. А такъ какъ въ такихъ случаяхъ связочный аппаратъ матки или вовсе не разслабленъ или только въ незначительной степени, то port. media или portio supravaginalis uteri подвергается при этомъ болѣе или менѣе значительному удлиненію (allongement hypertrophique Hugier); отъ этого полость матки въ такихъ случаяхъ бываетъ обыкновенно удлиненна, иногда до значительной степени (до 14 сант. въ одномъ изъ случаевъ проф. Л.). Въ первой категоріи случаевъ операція Александра—Адамса показана, какъ вспомогательная операція, для устраненія существеннаго анатомическаго разстройства въ положеніи матки, повлекшаго за собою ея смѣщеніе и выпаденіе. Что же касается до второй категоріи, то здѣсь она не можетъ имѣть мѣста, такъ какъ не удовлетворяетъ этіологіи болѣзненнаго состоянія».

Сутугинъ [1]) заявилъ, «что операція Alexander'а несомнѣнно полезна, особенно въ случаяхъ опущенія и выпаденія матки подъ вліяніемъ наклоненія и искривленія кзади; здѣсь она можетъ считаться казуальнымъ способомъ леченія». Имѣющіяся въ литературѣ указанія на предрасположеніе оперируемыхъ къ развитію паховыхъ грыжъ, Сутугинъ считаетъ условіемъ, которое можетъ противодѣйствовать распространенію операціи.

Проф. Славянскій [2]) указалъ на то, что теоретическія возраженія относительно фиксированнаго положенія матки и напряженія круглыхъ связокъ послѣ ихъ укороченія не всегда выдерживаютъ критику. Опытъ убѣдилъ его, что послѣ операціи матка находится въ нормальномъ положеніи, сохраняетъ свою подвижность, связки не напряжены и не прощупываются. Точную формулировку показаній проф. Славянскій считаетъ еще преждевременной, но если бы эта операція, во всякомъ случаѣ неопасная для жизни, оказалась бы цѣлесообразной, хотя бы только для нѣко-

[1]) Ibidem № 1, стр. 71.
[2]) Ibidem № 4, стр. 11.

торыхъ случаевъ, то она, по его мнѣнію, несомнѣнно заслуживаетъ предпочтенія предъ далеко непріятнымъ ношеніемъ пессаріевъ. Технику операціи проф. Славянскій признаетъ далеко нелегкой, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ отыскиваніе связокъ даже весьма труднымъ.

Заканчивая этими извлеченіями изъ русской литературы нашъ историческій очеркъ, мы имѣемъ въ немъ достаточно матеріала, чтобы резюмировать происхожденіе и современное положеніе описываемой операціи въ слѣдующихъ заключеніяхъ:

1) Укороченіе круглыхъ связокъ для леченія опущенія и выпаденія матки впервые предложено въ 1840 г. французскимъ хирургомъ Alquié и въ 1864 г. для той же цѣли Deneffe'омъ.

2) Aran предложилъ операцію Alquié для леченія заднихъ смѣщеній матки; въ 70 годахъ такое же предложеніе самостоятельно сдѣлано Freund'омъ.

3) Первую операцію на живой, правда неуспѣшно, произвелъ Deneffe въ 1864 году.

4) Въ новѣйшее время Alexander и Adams почти одновременно возобновили эту операцію, разработали ея технику, анатомическія и физіологическія условія и показанія къ ней.

5) Двумя послѣдними авторами операція предложена для леченія заднихъ смѣщеній и выпаденія матки.

6) Операція показана только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка можетъ быть приведена въ нормальное положеніе.

7) Цѣль операціи исправить только положеніе матки, но не патологическія условія въ которыхъ находится смѣщенный органъ (Alexander, Adams, Manrique, Nancrede, Reid и Doleris).

8) Предлагаютъ лѣчить этой операціей и опущеніе яичниковъ въ Дугласово пространство (Alexander, Imlach, Gardner, Manrique и Polk).

9) Выпаденіе стѣнокъ рукава операціей не вполнѣ устраняется (Alexander, Manrique, Nancrede, Polk и Doleris).

10) Операціей излечиваются болѣзненные симптомы на столько, на сколько они зависятъ отъ самого смѣщенія матки (Alaxander, Manrique, Nancrede).

11) Операція исправляетъ неправильное положеніе матки, возстановляя непрерывность тазовой перегородки и маточно-рукавный

уголъ, нормируя при этомъ условія внутри-брюшнаго давленія (Alexander, Adams, Manrique, Nancrede, Polk).

12) Техника операціи заключается въ обнаженіи наружнаго отверстія паховаго канала, отыскиваніи въ немъ конца круглой связки, ея изоляціи, вытягиванія послѣ предварительной редрессаціи матки и укрѣпленіи снова въ паховомъ отверстіи.

13) Отыскиваніе связокъ и ихъ изоляцію считаютъ трудными (Alexander, Adams, Campbell, Groom, Keith, Allan, Tissier, Manrique, Fränkel и Славянскій).

14) Возможность пораненія и инвагинаціи брюшины признаютъ (Alexander, Adams, Duncan, Emmet, Doleris, Ricard, Manrique, Zeiss и Lediard).

15) Возможность происхожденія грыжи послѣ операціи признаютъ (Alexander, Adams, Doleris, Ricard, Imlach, Manrique, Winckel и Fränkel).

16) Операцію считаютъ опасной (Lawson Tait, Pajot, Duncan W., Groom и Keith).

17) Ограничиваютъ показанія къ операціи только случаями заднихъ смѣщеній матки, въ которыхъ пессарій и другіе методы леченія не приносятъ пользы (Lawson Tait, Zeiss, Gardner, Reid, Imlach, Heydenreich и Оттъ).

18) Операція приноситъ пользу въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ и пессарій (Rabenau и Küstner).

19) При пролапсѣ, осложненномъ обширнымъ выпаденіемъ стѣнокъ рукава и разрывомъ промежности, предлагаютъ комбинировать укороченіе круглыхъ связокъ съ элитро-перинеорафіей (Alexander, Parish, Gardner, Imlach, Doleris, Manrique и Polk).

20) При только что указанной комбинаціи ограничивается укороченіемъ только одной связки (Doleris).

21) Придаютъ укороченію круглыхъ связокъ значеніе вспомогательной операціи въ случаяхъ выпаденія матки, осложненныхъ отклоненіемъ или загибомъ ея назадъ (Fränkel, Лебедевъ и Сутугинъ).

22) Отвергаютъ пользу операціи: a) при ретроверсіи и ретрофлексіи (Fritsch, Winckel, Sänger и Лебедевъ); b) при выпаденіи матки (Тѣ-же, Martin, Zeiss, Лазаревичъ и Оттъ).

II.

Чтобы нарисовать еще болѣе ясную картину современнаго положенія описываемой операціи, намъ необходимо познакомиться теперь съ ея казуистикой и указать на результаты, полученные послѣ этой операціи и ихъ прочность.

Если бы операція производилась только при одной формѣ неправильнаго положенія матки, то результатъ могъ быть опредѣленъ однимъ словомъ, изложенъ для большей наглядности въ формѣ таблицъ и дѣло представлялось бы очень легкимъ. Къ сожалѣнію мы не находимся въ такихъ благопріятныхъ условіяхъ по многимъ причинамъ.

Описываемый оперативный способъ леченія примѣнялся при различныхъ смѣщеніяхъ матки, сопровождавшихся къ тому же еще разнообразными осложненіями. Большинство случаевъ не детально описаны, въ нѣкоторыхъ неизвѣстна форма смѣщенія, въ другихъ исходы, о многихъ имѣются только указанія, что тотъ или другой хирургъ произвелъ извѣстное число операцій. Все это лишаетъ насъ съ одной стороны возможности воспользоваться всѣми оперативными случаями, съ другой заставляетъ измѣнить и самый планъ описанія этихъ случаевъ.

Въ виду сказаннаго я могу только часть оперативныхъ случаевъ, болѣе подробно описанныхъ, помѣстить въ таблицѣ, другіе будутъ изложены съ тѣми краткими свѣдѣніями, которыя о нихъ имѣются, а объ оперативныхъ случаяхъ нѣкоторыхъ авторовъ будутъ даны только числовыя указанія.

Общее число всѣхъ до сихъ поръ произведенныхъ операцій мнѣ неизвѣстно.

Duncan говоритъ, что операція произведена 350 разъ. Manrique собралъ только 124 случая, Doleris 141 и Harrington 142.

Въ доступной мнѣ литературѣ я могъ собрать 169 случаевъ, въ которыхъ укороченіе круглыхъ связокъ было примѣнено для леченія различныхъ неправильныхъ положеній матки.

Распредѣленіе этихъ случаевъ по формамъ смѣщенія и операторамъ видно изъ слѣдующей таблицы:

Таблица I. [1])

Операторы, авторы и литературныя указанія.	Общее число случаевъ.	Prolapsus uteri.	Retroversio uteri.	Retroflexio uteri.	Retroflexio et descensus ovariorum.	Форма смѣщенія неизвѣстна.
Alexander (Случ. 1—15) Annals of Surgery 1885. vol, I № 5. (Случ. 16—37) Alexander. The treatment of bacward. displacements of the uterus.... 1884 (Случ. 38—40) Manrique. Etude sur l'operation d'Alexander. 1886.	40	24	4	6	—	6
Adams (Случ. 1) Glasgow. Med. Journ. 1882. T. XVII. (Случ. 2 и 3) Miller. Glasgow Med. Journ. 1884. T. XXII.	3	3	—	—	—	—
Campbell Braithwaite's retrospect Vol. LXXXVIII. 1883.	4	2	1	1	—	—
Lediard Brit. Med. Journ. 1884 I. p. 354.	4	4	—	—	—	—
Gardner Glasgow Med. Journ. 1884. T. XXII.	9	3	—	2	4	—
Elder Brit. Med. Journ. 1884 II p. 959.	1	1	—	—	—	—
Burton Alexander. The treatment of bacward. displacements.... 1884. Elder. Brit. Med. Jour. 1884 II. p. 959.	13	2	11	—	—	—
Reid Brit. Med. Journ. 1884 II p. 958.	3	—	2	—	1	—
Winslow Med. News. Philâd. 1884 XIV p 598.	1	1	—	—	—	—
Allan Lancet. 1884 June. 7. p. 1030.	1	1	—	—	—	—
Imlach Edinb, Med. Journ. 1884/5 T. XXX p. 913—918.	38	9	—	2	11	—
			16 (Retroversio и Retroflexio)			
Polk Medical Record. 1886. Vol XXX № 1. p. 1 -4.	15	3	6	4	1(1)[2]	—
Mundé 1—4) New England Medic. Monthly. 1885. May p, 353—357. 5—6) Brit. Gyn. Journ, 1885. Vol. I стр. 503.	6	2	1	2	—	1
Parish N. Iork Med. Journ. 1885. XL. I. p 621.	1	1	—	—	—	—
Sinclalr Edinb Med. Journ. 1885/6 XXXI p. 250—253.	1	1	—	—	—	—

Операторы, авторы и литературныя указанія.	Общее число случаевъ.	Prolapsus uteri.	Retroversio uteri.	Retroflexio uteri.	Retroflexio et descensus ovariorum.	Форма смѣщенія неизвѣстна.
Groom	1	—	1	—	—	—
Keith	1	—	1	—	—	—
Transactions of the Edinb. obst. Soc. Vol. X 188⁴/₅.						
Lawson Tait	1	—	1	—	—	—
Alexander. Brit. Gynaecol. Journ. 1885. I.						
Herman	1	1	—	—	—	—
Med. Times and Gaz. 1885 II p. 112.						
Nancrede	1	1	—	—	—	—
Hirsch. Med. and Surg. Reporter 1885. LIII.						
Harrington	2	—	1	1	—	—
Boston Med. and Surg. Journ. 1886 Vol XIX № 17.						
Duncan	4	—	—	—	4	—
Brit. Med. Journ. 1885 II p. 123.						
G. Smith	1	—	—	1	—	—
Alexander. The treatment of backw... 1884						
Reevs	1	1	—	—	—	—
Duplay	2	—	—	2	—	—
Manrique Etude sur l'operation Alexander.						
Doleris	2	1	—	—	—	1
1) Nouvelle Arch. d'obst. et de Gyn. 1886 № 4 p. 240, 2) Ibidem № 6 p. 354—358.						
Pean	1	—	—	—	—	1
Doleris Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn. 1886. № 4. p. 239.						
Zeiss	3	—	—	1	2	—
1) Centr. für Gyn. 1885 № 44. 2—3) Verhandlun. der deut. Gesellsch. für Gyn. I Kongress. 1886. ст. 255.						
Küstner	2	—	—	2	—	—
Verhandl. der. deutsch. Gesellsch. für Gyn. I. Kongress 1886 стр. 259—260.						
Matlakowski	1	—	—	—	—	1
Kruzewski	2	—	—	—	—	2
По письму доктора Neugebauer'a.						
Лебедевъ	1	1	—	—	—	—
Протоколъ №4 акуш. гин. общ. въ С. П. Б.						
	167	62	29	24	23 (1)	12
			16 (29+24 braced)			

[1]) Я удержалъ при раздѣленіи случаевъ на рубрики тотъ діагнозъ, которымъ сами операторы ихъ обозначили. Retroflexio et descensus ovariorum выдѣлена въ особую рубрику потому, что при оцѣнкѣ результатовъ этихъ случаевъ приходится принять во вниманіе не только неправильное положеніе матки, но и яичниковъ.

[2]) Единственный случай опущенія яичниковъ при нормальномъ положеніи матки, во избѣжаніе излишняго дѣленія на рубрики отнесенъ мною въ отдѣлъ ретрофлексій осложненныхъ опущеніемъ яичниковъ.

Изъ 167 случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ № I, оказываюся болѣе подробно описанными 93, которые по формамъ смѣщенія матки раздѣляются слѣдующимъ образомъ: Prolapsus uteri 41; Retroversio uteri 15; Retroflexio uteri 18; Retroflexio uteri et descensus ovariorum 18 и Descensus ovariorum 1. Эти 93 случая будутъ приведены ниже въ таблицѣ № II. Къ описанію остальныхъ 74 я тотчасъ перехожу.

Alexander (VII) [1]). 25 случаевъ будутъ помѣщены въ таблицѣ № II. Изъ остальныхъ 15 въ 9 (Набл. 1—9) [2]) было выпаденіе матки, а въ 6 (Набл. 10—15) форма смѣщенія неизвѣстна.

Всѣ случаи выпаденія матки были осложнены ретроверсіей, а въ 4 и застарѣлой ретрофлексіей. 2 больныя оперированы 4 мѣсяца, одна 6 мѣсяцевъ и 6 около $1^1/_2$ лѣтъ тому назадъ. Всѣ больныя и теперь находятся подъ наблюденіемъ Alexander'a и у всѣхъ матка удерживаетъ правильное положеніе. Четыре изъ нихъ вполнѣ излѣчились отъ болѣзненныхъ симптомовъ, одна страдаетъ хроническимъ циститомъ, но въ меньшей степени, чѣмъ до операціи, у другой придатки матки были удалены впослѣдствіи, причемъ можно было удостовѣриться въ нормальномъ положеніи матки. Три остальныхъ еще страдаютъ повторными припадками оофорита.

Alexander сомнѣвается, подлежали ли 4 послѣднія больныя этой операціи и не лучше ли было удалить придатки матки, хотя жизнь трехъ изъ этихъ паціентокъ на столько сносна, что, вѣроятно, въ удаленіи придатковъ не представится необходимости.

Относительно 6 остальныхъ случаевъ изъ госпитальной практики Alexander'a, въ которыхъ форма смѣщенія неизвѣстна, Alexander указываетъ на то, что $^2/_3$ госпитальныхъ больныхъ были имъ повторно изслѣдованы и ни въ одномъ изъ нихъ не констатировано наклонности къ рецидиву смѣщенія.

Здѣсь же я долженъ упомянуть, что одна изъ госпитальныхъ паціентокъ Alexander'a вскорѣ послѣ операціи заболѣла піэміей

---

[1]) Римская цыфра у имени оператора и здѣсь, и въ послѣдующей таблицѣ II, указываетъ № литературнаго источника, изъ котораго извлечено описаніе оперативнаго случая.

[2]) Для большаго удобства, при предстоящемъ разборѣ оперативныхъ случаевъ, ихъ регистрація сдѣлана общей и для этихъ, и для помѣщенныхъ въ таблицѣ II.

и умерла при явленіяхъ метастатической пнеймоніи [1]). При вскрытіи найдено, что связки плотно срослись, матка, широкія связки и яичники хорошо притянуты впередъ.

По мнѣнію Alexander'а больная заражена сидѣлкой, ухаживавшей одновременно за другой паціэнткой съ дуффузнымъ скрофулезно-піэмическимъ абсцессомъ [2]).

Burton [XXXIV] оперировалъ 13 разъ. 11 разъ (набл. 16—26) при наклоненіи матки взадъ; 1 разъ (набл. 27) при пролапсѣ, осложненномъ cystocele, у 19-лѣтней незамужней женщины и 1 разъ (набл. 28) при полномъ пролапсѣ у старухи. Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ трехъ, раны заживали per primam. Въ одномъ случаѣ чрезъ 6 часовъ послѣ операціи было кровотеченіе изъ выведеннаго наружу периферическаго конца связки, почему Burton и предлагаетъ для безопасности всегда накладывать лигатуру на этотъ конецъ. Исходъ операціи во всѣхъ случаяхъ благопріятный.

Imlach [XLVII] оперировалъ 38 разъ. 11 случаевъ будутъ помѣщены въ таблицѣ II. Объ остальныхъ 27 извѣстно слѣдующее: операція произведена 9 разъ по поводу пролапса и 18—по поводу ретроверсіи и ретрофлексіи.

У 9 больныхъ пролапсомъ, изъ которыхъ первыя три были старше 60 лѣтъ, а остальныя отъ 23—39 лѣтъ, операція дала слѣдующіе результаты: (Набл. 29) Prolapsus uteri cum cystocele. Осталось значительное cystocele; матка вновь не выпадаетъ. (Набл. 30). Prolapsus uteri. Матка снова выпала чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи. Примѣненіе кольцевиднаго пессарія, бывшаго ранѣе безполезнымъ, теперь оказалось цѣлесообразнымъ. Дурной исходъ этого случая Imlach объясняетъ разслабленіемъ связокъ. (Набл. 31). Prolapsus uteri completus въ теченіи 10 лѣтъ. 7 мѣсяцевъ не носитъ пессарія. Выпаденія нѣтъ. (Набл. 32). Prolapsus uteri retroflecti. Полное выздоровленіе. (Набл. 33). Prolapsus uteri. Oophoritis chronica. Dysmenorrhoea. Матка удерживаетъ нормальное положеніе. Dysme-

---

[1]) Не найдя ни въ одномъ изъ извѣстныхъ мнѣ случаевъ Alexander'а указаній на летальный исходъ послѣ операціи, я долженъ считать этотъ случай его 41 операціей, а въ общей регистраціи 168.

[2]) Brit. Gynaecol. Journ. 1886. Vol. I, стр. 259.

norrhoea продолжается. (Набл. 34 и 35). 2 случая Prolapsus uteri. Полное выздоровленіе. (Набл. 36). Prolapsus uteri. Послѣ операціи продолжаетъ носить пессарій. (Набл. 37). Prolapsus uteri. Больная отпущена изъ госпиталя чрезъ 2 недѣли послѣ операціи. Прошла 2 мили и 2 раза пробѣжала по высокой лѣстницѣ, при чемъ почувствовала хрустѣніе и матка вновь выпала. Операція эта произведена, по словамъ Imlach'а, по старому способу съ наложеніемъ многихъ шелковыхъ швовъ.

Изъ 18 случаевъ ретроверсіи и ретрофлексіи связки были жирно перерождены и не были вытянуты въ 2 случаяхъ ретрофлексіи (набл. 38 и 39), гдѣ матка была приращена къ крестцу. У остальныхъ 16 больныхъ (набл. 40—55) матка удерживаетъ нормальное положеніе и у всѣхъ, за исключеніемъ трехъ, исчезли болѣзненные припадки. Въ 3 случаяхъ, гдѣ болѣзненные припадки продолжаются, существуютъ признаки хроническаго воспаленія трубъ или яичниковъ. Imlach предполагаетъ, что эти заболѣванія развились не вслѣдствіе операціи, а существовали до нея, но были просмотрѣны при первоначальномъ изслѣдованіи.

Mundé (LXII) въ одномъ случаѣ, форма смѣщенія котораго неизвѣстна (набл. 56), не могъ найти связокъ. Остальные его 5 случаевъ будутъ помѣщены въ таблицѣ II.

Groom (LXXVI) въ одномъ случаѣ ретроверсіи (набл. 57) съ трудомъ нашелъ одну связку. Операція затянулась такъ долго, что онъ не считалъ возможнымъ закончить ее укороченіемъ другой связки. Въ ранѣ было обильное нагноеніе. Къ концу мѣсяца больная совершенно излечилась отъ ретроверсіи и всѣ болѣзненные симптомы исчезли.

Keith (LXXVI) у одной паціентки 11 лѣтъ, страдавшей ретроверсіей (набл. 58), также съ трудомъ отыскалъ связки. Операція длилась $1^1/_2$ часа. Дно матки послѣ операціи прикасалось къ брюшной стѣнкѣ. Больная оставалась въ постели 5 недѣль до полнаго заживленія ранъ. Чрезъ 9 недѣль матка найдена въ незначительной антеверсіи, но еще чрезъ 2 недѣли всѣ припадки снова появились и зондъ, проходя кзади, показывалъ такое же наклонененіе матки, какъ и до операціи.

Lawson Tait (XII) оперировалъ въ одномъ случаѣ ретроверсіи (набл. 59). Операція сдѣлана очень легко, но паціентка едва не

умерла. T° подымалась до 40°; пульсъ былъ 140. Поправлялась больная послѣ операціи 9 недѣль. Положеніе матки операціей вполнѣ исправлено и остается таковымъ и теперь.

W. Duncan (XXXI) оперировалъ 4 раза безъ особыхъ затрудненій. Въ одномъ случаѣ было незначительное нагноеніе, въ другихъ заживленіе ранъ произошло быстро и хорошо. Всѣ 4 паціентки (набл. 60—63) страдали рѣзко выраженной ретрофлексіей, осложненной смѣщеніемъ болѣзненнаго яичника въ дугласово пространство. Послѣ операціи было значительное облегченіе, пока больныя оставались въ постели и носили пессарій, но вскорѣ по выходѣ изъ госпиталя у 3 больныхъ всѣ старые симптомы вернулись въ большей или меньшей степени. По извлеченіи пессарія, W. Duncan убѣдился въ томъ, что во всѣхъ 3 случаяхъ матка опять приняла положеніе ретрофлексіи.

G. Smith (V) (набл. 64). Retroflexio uteri. Послѣ операціи матка удерживалась пессаріемъ въ нормальномъ положеніи въ теченіи 3 мѣсяцевъ. Въ концѣ 4 мѣсяца матка была также искривлена, какъ и до операціи.

Doleris (XXVIII) (набл. 65). Форма смѣщенія неизвѣстна. Правая связка очень хрупка, найдена съ трудомъ и порвалась при первыхъ тракціяхъ. Операція не окончена.

Pean (XXVIII) (набл. 66) въ одномъ случаѣ пытался произвести укороченіе круглыхъ связокъ, но операція осталась неоконченной.

Zeiss (LXXXV) оперировалъ въ трехъ случаяхъ. 1) (Набл. 67). Retroflexio uteri. Матка такъ подвижна въ области внутренняго маточнаго зѣва, что никакимъ рукавнымъ пессаріемъ ее нельзя удержать въ нормальномъ положеніи. Внутри—маточнаго пессарія больная не переноситъ, работать не въ состояніи. Операція въ ноябрѣ 1885. Уже 2 мѣсяца не носитъ пессарія (іюнь 1866). Матка въ нормальномъ положеніи. Симптомы исчезли. 2) (Набл. 68). Retroflexio uteri et descensus ovariorum у крестьянской дѣвушки. При широкомъ тазѣ и узкомъ рукавѣ не удавалось фиксировать матку пессаріемъ впереди. Операція въ февралѣ 1886. По сообщенію наблюдающаго врача, 20 мая матка находилась въ нормальномъ положеніи. Симптомы исчезли. Въ іюнѣ еще продолжала носить маленькій осьмиобразный пессарій Schultze. Третій случай будетъ описанъ въ таблицѣ II.

Küstner (LXXXV) оперировалъ 2 раза. 1) (Набл. 69). Retroflexio uteri. Больная уже нѣсколько лѣтъ носитъ внутриматочный и осьмиобразный пессарій Schultze, но и этотъ сложный аппаратъ не вполнѣ удовлетворяетъ цѣли. Матка тяжела. Операція. Осьмиобразный пессарій Schultze. Чрезъ 8 дней матка опять найдена ретрофлектированной. 2) (Набл. 70). Retroflexio uteri. Матка легко вправима, очень подвижна. Широкій тазъ, длинный рукавъ. Ни одинъ пессарій не удерживаетъ матки. Операція. Большой осьмиобразный пессарій Schultze, Чрезъ нѣсколько дней, при изслѣдованіи, матка найдена ретрофлектированной.

Объ одной операціи Матлаковскаго (набл. 71) и двухъ Крушевскаго (набл. 72 и 73) я никакихъ свѣдѣній, кромѣ указаній Neugebauer'a, въ литературѣ не нашелъ.

О случаѣ проф. Лебедева (LXXXVII) (набл. 74) мнѣ только извѣстно, что операція произведена по поводу первичнаго пролапса матки.

Я не стану входить теперь въ разборъ приведенныхъ случаевъ. Чтобы избѣжать излишнихъ повтореній, я его сдѣлаю общимъ для всѣхъ извѣстныхъ мнѣ операцій, въ виду чего долженъ здѣсь помѣстить предварительно таблицу II, въ которой будутъ изложены остальные 93 случая.

Таблица II.

Имя оператора.	№№ по порядку.	Anamnesis. Status praesens Diagnosis.	Операція и ея особенности.	Послѣ операціонный періодъ. Исходы. Примѣч.
ALEXANDER (V).	75	Елизавета Ц., 38 лѣтъ. При поступленіи въ госпиталь Ливерпульскаго рабочаго дома распознано выпаденіе матки съ выступленіемъ влагалищной части изъ наружныхъ половыхъ частей. 4 сент. 1881. Elytrorrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia. 4 дек. 1881. Матка не показывается наружу, но давитъ на съуженный рукавъ и влечетъ за собой мочевой пузырь и rectum.	14 дек. 1881 года. Связки вытянуты на 5 сант., вшиты кэтъгутомъ, а концы ихъ отрѣзаны.	6 янв. 1882 г. Раны почти зажили. 27 февр. При вертикальномъ положеніи больной констатировано нормальное положеніе матки; при кашлѣ и натугѣ матка не понижается. Стѣнки рукава разслаблены въ меньшей степени, но cystocele еще существуетъ. Болѣзненные симптомы ис-

ALEXANDER (V).

75	Существовавшіе припадки продолжаются. Prolapsus uteri incompletus. Prolapsus vaginae. Cysto et rectocele.		чезли. Больная повторно изслѣдована до мая 1883 г. Положеніе матки не измѣнилось. Cystocele осталось, но не причиняетъ неудобствъ.
76	Бригита К., 45 лѣтъ. Много лѣтъ страдаетъ хроническимъ выпаденіемъ матки и мочеваго пузыря. Въ госпиталь поступила 15 янв. 1882 г. Prolapsus uteri. Cystocele	1 февр. 1882 года. Связки вытянуты на 5 сант. Свободные концы ихъ отрѣзаны.	Первые 3 дня t^0 до 38,3. Къ 20 февр. раны вполнѣ зажили per secundam. 27 февр. Матка въ нормальномъ положеніи; при кашлѣ и натугѣ не понижается. Cystocele осталось. 20 февр. 1884 г. предъ операціей по поводу cystocele матка сохраняла нормальное положеніе.
77	Елена Т., 28 лѣтъ. Уже нѣсколько лѣтъ страдаетъ выпаденіемъ матки и передней стѣнки рукава. Cystocele. Лечилась въ госпиталѣ, носила пессаріи, сдѣлана colporrhaphia anterior, но все безъ успѣха. Prolapsus uteri. Cystocele.	4 февр. 1882 года	t^0 нормальна. При изслѣдованіи въ вертикальномъ положеніи констатировано нормальное положеніе матки. При кашлѣ и натугѣ не опускается. 1 іюля 1883. При изслѣдованіи тѣже результаты.
78	W. замужняя, мать 8 дѣтей. Уже $4^1/_2$ года чувствуетъ боли въ поясницѣ и нижней части живота. 4 же года тому назадъ замѣтила полное выпаденіе матки. Prolapsus uteri completus.	2 мая 1883 года.	13 іюля. Матка въ нормальномъ положеніи. Болей нѣтъ. 29 сент. матка найдена на нормальной высотѣ въ незначительной антеверсіи. Кашель и натуга не оказываютъ замѣтнаго вліянія на положеніе матки.
79	Анна Б., поденщица, мать 4 дѣтей. Со времени послѣднихъ родовъ, 2 года тому назадъ, замѣтила выпаденіе матки. Жалуется на боли въ поясницѣ и въ области таза. При изслѣдованіи констатировано выпаденіе матки съ выступленіемъ влагалищной части изъ наружныхъ половыхъ частей. Влагалище такъ широко, что пессаріи не удерживаются. Prolapsus uteri incompletus.	24 мая 1882 года. Хлороформъ. Вытянутыя части круглыхъ связокъ не отрѣзаны, но вшиты въ кожную рану.	Высшая t^0 37,8. $^2/_3$ ранъ зажили per primam. 7 іюн. разрѣшено встать. 30 іюня выбыла изъ госпиталя. 4 авг. демонстрирована докторамъ Эммету и Суттону. Результаты операціи вполнѣ удовлетворительны. 23 окт. демонстрирована въ Ливерпульскомъ медицинскомъ институтѣ. Матка сохраняетъ свое нормальное положеніе. Послѣдній разъ А. видѣлъ оперированную въ началѣ 1883 г.

ALEXANDER (V).

80	Марія Б., 26 лѣтъ, замужняя, мать 3 дѣтей. Послѣдніе роды 2 года тому назадъ. Съ тѣхъ поръ постоянныя боли въ нижней части живота. При поступленіи въ госпиталь 12 дек. 1882 г. діагносцировано: Prolapsus uteri retroverti.	13 дек. 1882 года.	1 янв. 1883 г. раны зажили. Матка найдена въ нормальномъ положеніи. Дальнѣйшихъ свѣдѣній объ оперированной не имѣется.
81	Сарра Д., 28 лѣтъ, незамужняя. Поступила въ госпиталь 10 іюля 1883 г. Послѣдніе нѣсколько мѣсяцевъ страдаетъ эндометритомъ и оофоритомъ. При изслѣдованіи найдено выпаденіе искривленной назадъ матки. Въ госпиталѣ леченіе пессаріями и другими средствами не дало постояннаго результата. Стебельчатый пессарій или выбрасывался, или причинялъ сильныя боли. Prolapsus uteri retroflecti.	10 окт. 1883 года. Предъ операціей матка выпрямлена и фиксирована въ нормальномъ положеніи гальваническимъ стебельчатымъ и годжевскимъ пессаріями. Связки найдены крѣпкими.	Первый день послѣ операціи паціентка была очень безпокойна, жаловалась на боли въ пахахъ. t° только одинъ разъ повысилась до 38,7. 26 окт. 1883 г. паціентка встала. Пессарій извлеченъ. 3 нояб. выбыла съ нормальнымъ положеніемъ матки.
82	Марія Р., замужняя, 39 лѣтъ, мать 4 дѣтей; первыя три извлечены инструментами. 4 года уже страдаетъ сильными тянущими болями въ спинѣ. Въ послѣдніе 5 недѣль къ этому присоединились: боль въ поясницѣ, рвота и истеченія ex sexualibus. При поступленіи въ госпиталь 17 іюля 1883 г. діагносцировано: Prolapsus uteri retroverti.	22 авг. 1883 года.	Вечеромъ въ день операціи жаловалась на сильныя боли въ животѣ. Высшая t° 37,9. 7 сент. раны совершенно зажили. 27 окт. матка найдена въ нормальномъ положеніи. Припадки исчезли. 1 янв. 1884 г. изслѣдованіе дало тѣже результаты.
83	Елена Шоу, 20 л. Слаба, обильныя истеченія ex sexsualibus, тянущія боли въ поясницѣ. При поступленіи въ госпиталь 19 іюля 1883 г. діагносцировано: Prolapsus uteri retroverti.	12 сент. 1883 года.	t° нормальна. 23 сент. раны совершенно зажили. 29 окт. выбыла здоровой. Матка въ нормальномъ положеніи.
84	В., 26 лѣтъ, болѣзненная, слабаго здоровья женщина. Замужемъ 6 мѣсяцевъ. Уже нѣсколько недѣль страдаетъ диспепсіей, болью въ поясницѣ и области яичниковъ. При изслѣдованіи въ 1883 г. найдено: наружный маточный зѣвъ съуженъ; цервикальный каналъ извилистъ и также съуженъ. Матка и яичники сильно болѣзненны. Положеніе матки—prolapsus uteri retro-	6 сент. 1883 года. Связки въ видѣ крѣпкихъ шнурковъ, онѣ замѣтно передвигаютъ матку при ихъ потягиваніи. Послѣ операціи матка фиксирована маленькимъ стебельчатымъ и годжевскимъ пессаріями.	Раны зажили per primam. Позволено вставать въ концѣ 3 недѣли. Стебельчатый пессарій извлеченъ на 15 день, а Годже 3 недѣлями позже. 20 февр. 1884 г. Матка въ нормальномъ положеніи. Цервикальный каналъ прямой, свободно проходимъ. Диспепсія и слабость продолжаются.

ALEXANDER (LV).

84	verti incompletus. Продолжительная общая и мѣстная терапія, пессаріи давали только временное улучшеніе.		
85	NN., 35 лѣтъ, поступила въ госпиталь 2 іюня 1885 г. При поступленіи найдено: Матка виситъ между бедрами больной на 13 сант. Рѣзко выраженныя cysto et rectocele. Ходитъ съ трудомъ. Мочеиспусканіе затруднено. По вправленіи матки рукавъ оказался сильно расширеннымъ. Тазовая діафрагма разслаблена. Пессаріи выпадаютъ немедленно, какъ больная встанетъ. Prolapsus uteri completus. Cysto et rectocele. Этой больной уже была разъ сдѣлана попытка укороченія круглыхъ связокъ, но операторъ не могъ тогда придать маткѣ нормальнаго положенія, вслѣдствіе чего заключилъ, что сращенія дѣлаютъ ее неподвижной.	2 іюня 1885 года. вторично оперирована. Лѣвая связка легко найдена и укорочена на 7,5 сант. Связка толщиною въ 0,5 сант. и тракціями ее матка подымалась, равно уменьшались cysto et rectocele. На правой сторонѣ въ разрѣзѣ рубца не найдено было и слѣдовъ связки. Вшита только одна лѣвая кэтъ-гутомъ. Дренажъ. Матка фиксирована пессаріемъ Годже.	Высшая t⁰ 37,8. Небольшое нагноеніе въ лѣвой ранѣ. 30 іюня раны зарубцевались. Матка въ положеніи, приданномъ ей при операціи. Стѣнки рукава опускаются только до вульвы. 1 іюля Elytrorrhaphia anterior et colporerineorrhaphia. Высшая t⁰ 38,3. 20 іюля полное рубцеваніе. 22 іюля больная встала. Cystocele и rectocele совсѣмъ исчезли и не появляются даже при натугѣ. Менструировала правильно. 7 сент. больная оставила госпиталь здоровой. 24 дек. Боли въ поясницѣ нѣтъ. Мочеиспусканіе правильно. Рукавъ, какъ у дѣвственницъ. Матка въ нормальномъ положеніи.
86	Ревека Донаутъ, замужняя, 38 лѣтъ, поступила въ госпиталь 18 мая 1885 г. Рожала 4 раза. Послѣдніе роды 17 лѣтъ назадъ. Нѣсколько лѣтъ страдаетъ опущеніемъ матки, а годъ тому назадъ матка впервые показалась наружу. Portio vaginalis, равно какъ и стѣнки рукава во многихъ мѣстахъ изъязвлены. Слизистая recti пролабирована; выдѣленія непроизвольны. Слѣды сифилиса. Пессаріи безъ успѣха. Prolapsus uteri completus. Къ 2 сент. язвы шейки зарубцевались, но стѣнки рукава еще изъязвлены.	2 сент. 1885 года. Хлороформъ. Связки оказывали рѣзкое вліяніе на матку, были крѣпки и блестящи. Укорочено по 7,5 сант. съ каждой стороны.	t⁰ только однажды повысилась до 40⁰ безъ всякихъ осложненій со стороны раны. 29 сент. раны вполнѣ зарубцевались. Матка удерживаетъ положеніе приданное ей во время операціи. 17 окт. Elytrorrhaphia anterior et colporerineorrhaphia. t⁰ нормальна. 20 нояб. больная въ первый разъ встала. Рубцеваніе въ рукавѣ полное. Ни одинъ изъ выпадавшихъ органовъ не имѣетъ наклонности выпадать. 14 янв. 1886 больная оставила госпиталь вполнѣ здоровой.
87	Марія Б., 21 года. Послѣдніе роды въ маѣ 1885 года. Роды были трудны и послѣ	28 сент. 1885 года. оперирована въ присутствіи Spencer	Высшая t⁰ 37,9. Раны зажили per primam. Нижніе углы вполнѣ зарубце-

ALEXANDER (LV).	87	этого матка стала выпадать. Работать не можетъ. При ходьбѣ сильныя боли. Меланхолія и ипохондрія. Изслѣдованіе при поступленіи въ госпиталь 1 сент. 1885 г. дало слѣдующіе результаты: Промежность разорвана. Рукавъ укороченъ. Пессарія вложить нельзя. Prolapsus uteri completus. Prolapsus vaginae. Рѣзко выраженныя cysto et rectocele.	Wells'a. Каждая связка укорочена на 7,5 сант. Раны дренажированы. Пессарій Годже. Продолжительность операціи 20 минутъ.	вались къ 7 окт. Въ этотъ же день сдѣланы elytrorrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia. Чрезъ мѣсяцъ послѣ первой операціи и чрезъ 20 дней послѣ второй матка сохраняла нормальное положеніе. Общее состояніе значительно улучшилось и Б. могла снова приняться за исполненіе своихъ прежнихъ обязанностей сидѣлки.
ALEXANDER (V).	88	Марія Г. 38 лѣтъ, замужняя, мать 3 живыхъ и 5 умершихъ дѣтей. Въ теченія 5 лѣтъ страдаетъ болями въ области матки, въ спинѣ и поясницѣ и непостоянными выдѣленіями ex sexualibus. 9—10 лѣтъ паціентка находится подъ наблюденіемъ автора. Различныя средства и покой давали только временное улучшеніе. 25 сент. 1883 г. при изслѣдованія найдено: Матка пролабирована, чувствительна. Лѣвый яичникъ увеличенъ, болѣзненъ и подвиженъ. Prolapsus uteri.	6 сент. 1883 года. Матка выпрямлена вытягиваніемъ круглыхъ связокъ. Лѣвый яичникъ соотвѣтственной связкой притянутъ къ ранѣ. Рана расширена, peritoneum вскрытъ и кистовидно перерожденный гипертрофированный яичникъ выведенъ наружу. Ножка вшита между краями раны серебряной проволокой. Яичникъ надъ ней отрѣзанъ.	Въ первые 10 дней t^0 была повышена, maximum до 38,7. Раздраженіе и нагноеніе было въ обѣихъ ранахъ. Правая рана вполнѣ зажила къ 6 окт.; лѣвая чрезъ 2 недѣли. 11 янв. 1884 г. Матка фиксирована вверху и боли въ лѣвой сторонѣ вполнѣ исчезли.
	89	Руфь Б. 35 лѣтъ, замужняя, принята въ госпиталь 22 марта 1883 г. съ эндометритомъ и воспаленіемъ лѣваго яичника. Матка пролабирована, но не въ рѣзкой степени. Разнообразное леченіе, пессаріи, покой, внутри-маточная терапія были примѣнены безъ замѣтнаго успѣха. Въ виду слабости больной о лапаротоміи для удаленія придатковъ матки нельзя было и думать, а потому А. предпринялъ свою операцію на лѣвой сторонѣ, предполагая этимъ способомъ, какъ и въ прошломъ случаѣ извлечь больной яичникъ. Prolapsus uteri.	Операція сдѣлана только на лѣвой сторонѣ. Рана расширена на столько, что пальцемъ можно было достигнуть яичника. Яичникъ не могъ быть притянутъ къ ранѣ ни связкой, ни пальцемъ, ни подъемникомъ, такъ какъ онъ былъ прирощенъ къ сосѣднимъ частямъ. Тогда связка вшита такимъ образомъ, что матка приподнята достаточно высоко. Рана закрыта.	Обильное нагноеніе въ ранѣ и незначительный перитонитъ. 1 янв. 1884 г. Б. совершенно здорова. Матка хорошо приподнята. Боли и истеченіе меньше.
	90	Паціентка 40 лѣтъ, давно уже страдаетъ выпаденіемъ матки; пессаріи не приносили	Въ фев. 1882 года. Хлороформъ. Связки легко найдены, но	

ADAMS (I).	90	никакого облегченія. При вертикальномъ положеніи orificium externum uteri ощупывалось in vulva, но легко вправлялось пальцемъ. Дальнѣйшія попытки изслѣдованія причиняли сильныя боли. Prolapsus uteri.	не поддавались никакому влеченію. Per vaginam констатировано, что матка назади срощена. Операція прекращена.	
ADAMS (LIX).	91	А. В., служанка 24 лѣтъ, рожала 4 раза. Послѣ вторыхъ родовъ была больна метритомъ; затѣмъ замѣтила опущеніе матки. Со времени 3 родовъ выпаденіе матки дошло до такой степени, что при малѣйшемъ напряженіи orificium externum uteri было видно во входѣ рукава. Работать не можетъ, ходитъ съ трудомъ, постоянныя тянущія боли внизу живота; мочеиспусканіе затруднено. Prolapsus uteri.	20 марта 1884 г. Хлороформъ. Связки вшиты хромовымъ кэтъ-гутомъ, а кожныя раны закрыты проволочнымъ швомъ. Раны не дренажированы. Пессарій Годже.	Съ 2 дня на лѣвой сторонѣ замѣтна рожистая краснота отъ паха до реберныхъ хрящей. Выше раны замѣтна опухоль, изъ которой при вскрытіи вытекло много гноя. t° въ теченіи первыхъ 7 дней повышена, maximum до 39°. Раны вполнѣ зажили въ началѣ мая, послѣ чего пессарій извлеченъ. Всѣ припадки исчезли. Матка въ незначительной антеверсіи. Мочеиспусканіе правильно. Post operationem 2 раза правильно менструировала.
	92	Е. Б. 42 лѣтъ, находится въ больницѣ вслѣдствіе пролапса матки, неудерживаемаго никакими пессаріями. Portio vaginalis in vulva. Leucorrhea. Prolapsus uteri.	14 марта 1884 г. Хлороформъ. Связки легко найдены и вытянуты, рѣзко вліяютъ на положеніе матки. Раны дренажированы. Пессарій Годже.	Высшая t° 38,3. Раны зажили безъ осложненій чрезъ 4 недѣли. Б. чувствуетъ себя прекрасно и выписалась изъ госпиталя, чтобы вернуться къ обычнымъ занятіямъ.
CAMPBELL (XXI).	93	Маргарита Т., вдова 62 лѣтъ, мать 3 дѣтей, изъ которыхъ младшему 27 лѣтъ. Больна 10 лѣтъ. Ходитъ съ трудомъ. Постоянныя боли въ нижней части живота. Leucorrhea. При изслѣдованіи найденъ легко вправимый пролапсъ матки третьей степени. Матка нѣсколько болѣе 7,5 сант. Prolapsus uteri completus.	29 марта 1883 г. Правая связка толще и оказываетъ при вытягиваніи болѣе замѣтное вліяніе на матку, не измѣняя положенія ея оси.	9 мая 1883 г. больная выписалась. Матка въ нормальномъ положеніи. Всѣ припадки исчезли.
	94	Маргарита С., 32 лѣтъ замужняя, мать 3 дѣтей. 3 года тому назадъ былъ абортъ съ послѣдующимъ воспалительнымъ процессомъ въ половыхъ органахъ. Съ тѣхъ поръ жалуется постоянно на тенезмы, чувство напиранія внизъ	7 мая 1883 года. Тракціи связокъ нѣсколько не измѣняютъ положенія матки.	Послѣ операціи довольно сильно страдала отъ метеоризма и симптомовъ подъостраго перитонита (вѣроятно вслѣдствіе разрушенія старыхъ сращеній). Высшая t° 38,3. 25-го

CAMPBELL (XXI).	94	и затрудненное мочеиспускание. Очень изнурена, съ трудомъ ходитъ. 1 мая 1883 г. при изслѣдованіи найдено: передняя стѣнка рукава вполнѣ выворочена. Рѣзкое cystocele. Orificium externum uteri лежитъ на промежности. Зондъ входитъ въ полость матки на 7,5 сант. Редрессація матки удается только до извѣстной степени, очевидно существуютъ сращенія назади. Prolapsus uteri, prolapsus vag. ant. Cystocele.		мая раны были уже поверхостны Положеніе матки и cystocele нисколько не улучшилось.
LEDIARD (LII)	95	M. C. 48 лѣтъ, уже 8 лѣтъ больна выпаденіемъ матки. Пессаріи не приносили пользы. 26 ноября 1882 г. очень долго и безуспѣшно искали связку на лѣвой сторонѣ. Рана заживала около 3 мѣсяцевъ. Выпаденіе осталось въ той же степени. Неуспѣхъ операціи L. приписываетъ своей неопытности. Prolapsus uteri.	27 авг. 1883 года оперирована на правой сторонѣ. Связка легко найдена и укорочена.	Рана зажила per primam. Результатъ операціи очень хорошій.
	96	M. S. 53 лѣтъ, уже 5 лѣтъ страдаетъ выпаденіемъ матки Механическое леченіе не дало никакого результата. Prolapsus uteri.	2 фев. 1883 года. На правой сторонѣ связка найдена скоро, на лѣвой не найдено даже и слѣда связки.	Долгое заживленіе ранъ. Эритема, воспаленіе клѣтчатки стѣнки живота Высокая t°. Только чрезъ 3 мѣсяца паціентка встала 16 мая оставила госпиталь. 4 авг. 1883 г. Portio vaginalis на 5 сант. отъ входа рукава. Матка не имѣетъ наклонности къ выпаденію.
	97	Phoebe M. 33 лѣтъ, замужняя, уже 4½ года больна выпаденіемъ матки. Жалуется на чувство выпиранія внизъ и затрудненное мочеиспусканіе. Пессаріи не оказывали никакой пользы. Prolapsus uteri.	1 янв. 1883 года оперирована только на лѣвой сторонѣ. Связка скоро найдена, укорочена и вшита только въ кожную рану.	22 іюня 1883 г. Portio vaginalis на 5 сант. отъ входа рукава. Ходитъ безъ затрудненія. Болѣзненные припадки исчезли.
GARDNER (XXXIX).	98	M. M. 49 лѣтъ, замужняя, страдаетъ около 3 лѣтъ выпаденіемъ матки. Пессаріи примѣнялись безъ пользы. Prolapsus uteri.	18 мая 1883 года операція произведена на правой сторонѣ, а 11 іюня на лѣвой. Обѣ связки найдены и пришиты къ ножкамъ паховаго кольца и кожной ранѣ.	15 іюля 1883 г. Матка находится въ положеніи, приданномъ ей во время операціи.

GARDNER (XXXIX).	99	П. 30 лѣтъ, принята въ госпиталь 5 янв. 1883 г. Рожала 3 раза и 1 разъ абортировала. Жалуется на опущеніе матки и дизурію. Менструируетъ правильно. Матка выпадаетъ при вертикальномъ положеніи, иногда при горизонтальномъ. При изслѣдованіи найдено: Матка выпадаетъ на 7,5 сант. Шейка раздѣлена на 3 части. Зондъ входитъ въ полость матки болѣе, чѣмъ на 7,5 сант. Prolapsus uteri completus. Во время пребыванія въ госпиталѣ сдѣлана hysterotrachelorrhaphia въ два сеанса.	14 фев. 1883 года. Связки вытянуты на 2,5 сант. и пришиты кэтъ-гутомъ. Пессарій Годже.	17 марта 1883 г. Этотъ случай остался неизлѣченнымъ. G. приписываетъ неуспѣхъ несовершенству въ производствѣ операціи.
	100	А. У. 44 лѣтъ, замужняя, поступила въ госпиталь 10 янв. 1883 г. Рожала 6 разъ, чрезъ 6 недѣль послѣ послѣднихъ родовъ замѣтила выпаденіе матки. Послѣдніе 15 мѣсяцевъ уже не въ состояніи работать. Prolapsus uteri.	28 фев. 1883 года. Связки вытянуты и вшиты, свободные концы ихъ отрѣзаны. Только правая связка хорошо притягивала матку.	15 марта положенъ кольцевидный пессарій и больной позволено встать. 19 марта выписалась. Нѣкоторое время продолжала носить пессарій. G. видѣлъ паціентку въ 1884 году. Она вполнѣ здорова. Болѣзненные припадки исчезли.
	101	Г-жа П., обратилась за совѣтомъ 30 марта 1883 г. Жалуется на боль въ лѣвомъ паху, пояснице и бедрахъ, затрудненное мочеиспусканіе, боль при дефекаціи. При изслѣдованіи діагносцировано: Prolapsus uteri retroflecti completus. Ruptura perinei et septi recto-vaginalis.	Связки вытянуты на 7,5 сант. Свободные концы ихъ отрѣзаны. Одновременно возстановлена промежность.	Послѣ—операціонный періодъ безъ осложненій. Чрезъ 2 недѣли матка найдена въ нормальномъ положеніи. Полное отсутсвіе болей. 18 марта 1884 г. матка въ нормальномъ положеніи. Зондъ проникаетъ въ полость матки на нормальную длину.
ELDER (XXXIV).	102	N. N. До 36 лѣтъ была вполнѣ здорова Выпаденіе матки замѣтила послѣ поднятія значительной тяжести. Работать не можетъ. Кромѣ припадковъ отъ выпаденія ретрофлектированной матки и большаго разрыва промежности страдаетъ еще недержаніемъ мочи. Механическія и терапевтическія средства безъ пользы.	15 марта 1884 г. Связки вытянуты на 4 сант. съ каждой стороны.	5 апр. раны вполнѣ зажили. 5 мая матка найдена на нормальной высотѣ позади симфиза. Положенъ маленькій кольцевидный пессарій. 22 іюня матка найдена нормальной и замѣтно уменьшенной въ своемъ объемѣ.
	103	N. N., около 40 лѣтъ, замужняя, менструируетъ. Рожала 1 разъ. Страдаетъ обычны-	11 сент. 1884 г. Разрѣзы длиною въ 5 сант. Связки най-	t° рѣдко повышалась выше нормы. Раны зажили очень быстро. Мат-

WINSLOW (LXXXII).	103	ми симптомами выпаденія матки. При изслѣдованіи надено: Наружный маточный зѣвъ красный, изъязвленный, выступаетъ наружу. Полость матки длиною въ 11 сант. Стѣнки рукава выворочены, сухи, плотны. Промежность надорвана. Кромѣ того значительный prolapsus recti, потребовавшій для своего излеченія 2 мѣсяца. Механическое и терапевтическое леченіе пролапса не дало результатовъ. Prolapsus uteri incompletus.	дены съ трудомъ На одной сторонѣ связка укорочена на 2,5 сант., на другой немного болѣе. Швы изъ сублимированнаго шелка. Вмѣсто пессарія глицериновые тампоны.	ка установлена нормально и прочно, но въ виду разрыва промежности и сильнаго расширенія рукава 18 сент. сдѣлана colpoperineorrhaphia. 6 нояб. больная встала съ постели, а затѣмъ вскорѣ принялась за свой обычный образъ жизни.
ALLAN (XIII).	104	N. N., 32 лѣтъ, страдаетъ выпаденіемъ матки и мозговыми припадками во время регулъ. Prolapsus uteri.	Связки вытянуты почти на 5 сант. и пришиты къ краямъ ранъ многими кэтъгутовыми и шелковыми швами. Свободные концы ихъ связаны между собой надъ лоннымъ соединеніемъ.	Послѣ операціонный періодъ безъ осложненій. Раны заживали медленно. 11 мѣсяцевъ послѣ операція A. видѣлъ больную значительно поправившейся. Menstrua безъ мозговыхъ припадковъ.
POLK (LXVIII).	105	E. У. 30 лѣтъ. При вертикальномъ положеніи матка у расширеннаго introitus vaginae. Боли въ спинѣ и раздраженіе мочеваго пузыря. Пессаріи безполезны. Prolapsus uteri incompletus.	17 іюня 1885 г.	Выписана излѣченной 19 іюля. На мѣстѣ лѣваго разрѣза остался узкій желобъ. Матка позади симфиза; дно ея на уровнѣ входа въ тазъ.
	106	B. C., 51 года, 14 лѣтъ тому назадъ образовался prolapsus uteri вслѣдствіе поднятія тяжести. Теперь матка лежитъ снаружи. Рукавъ вполнѣ вывороченъ. Cysto et rectocele. Матка длиною въ 10 сант. Prolapsus uteri completus. Prolapsus vaginae. Cysto et Rectocele.	5 октября 1885 г.	2 нояб. раны зажили. Матка вверху за симфизомъ. 15 нояб. Elytrorrhaphia anterior et Colpoperineorrhaphia. 26 дек. выписалась излеченной. Матка въ томъ же положеніи, что и 15 ноября.
	107	A. T., 45 лѣтъ. Prolapsus uteri. Больна уже 5 лѣтъ.	23 іюня 1886 г. Связки тонки и хрупки, лопнули прежде, чѣмъ были вытянуты изъ наружнаго паховаго отверстія Каналы вскрыты, концы снова найдены и осторожно вытянуты.	Хотя матка и притянута къ симфизу, но о результатахъ операціи еще говорить рано.

MUNDÉ (LX—LXII).	108	Марія Ф., 25 лѣтъ, замужняя, мать одного ребенка. Раньше ей была сдѣлана hysterotrachelorraphia. Долгое время тщетно лечилась пессаріями отъ опущенія ретрофлектированной матки. Изслѣдованіемъ констатировано, что матка 9 сант. длины и при натугѣ опускается до вульвы. Въ госпиталѣ сдѣлана еще коническая ампутація маточной шейки. Prolapsus uteri retroflecti incompletus,	19 дек 1884 г. Ножки праваго паховаго отверстія легко найдены; $^1/_2$ часа тщетно искалъ связку не смотря на то, что паховой каналъ былъ вскрытъ до внутренняго отверстія. На лѣвой сторонѣ не оперировано. Дренажъ.	Обильное нагноеніе. Рана зажила чрезъ нѣсколько недѣль. Неуспѣхъ операціи М. приписываетъ тому, что субъектъ былъ очень жирный и связки не были сухожильны.
	109	N. N., худа, плохо упитана. 6 разъ оперирована по поводу полнаго разрыва промежности. Влагалище укорочено на столько, что матка лежитъ очень низко и никакой пессарій не удерживается. Prolapsus uteri incompletus.	Связки найдены только тогда, когда содержимое паховыхъ отверстій уже было нѣсколько вытянуто.	27 нояб. 1885 г. врачъ, наблюдающій за этой больной, сообщилъ, что успѣхъ операціи безподобенъ.
PARISH (LXIV).	101	N. N., 40 лѣтъ, небольшаго роста и слабаго сложенія. Страдаетъ хроническимъ бронхитомъ и выпаденіемъ наклоненной и искривленной назадъ матки. При каждомъ напряженіи матка показывается снаружи. Rectocele. Ruptura perinei. Prolapsus uteri retroverti.	30 дек. 1884 г. Наркозъ эфиромъ. Правая связка, толщиною въ куриное перо, легко надрывается, вытянута, на 5 сант. Лѣвая связка найдена легко, но не двигалась въ каналѣ и не могла быть вытянута. Укорочена на $1^1/_4$ сант. Связки пришиты къ ножкамъ паховаго отверстія Рана зашита серебр. проволкой. Пессарій Годже.	Бронхитъ усилился отъ эфира и сильный кашель по временамъ выталкивалъ пессарій. Раны зажили чрезъ 3 недѣли послѣ ограниченной erysipelas. Заднее смѣщеніе было отчасти исправлено, но все же P. не полагаетъ, что операція принесла паціенткѣ особенную пользу.
SINCLAIR (LXXV).	111	Е. Ф. 46 лѣтъ. замужняя, рожала 2 раза и одинъ разъ абортировала. Менопауза съ 44 лѣтъ. Жалуется на боли въ нижней части живота, запоры и выпаденіе матки при малѣйшемъ напряженіи. Изслѣдованіемъ констатировано: Prolapsus uteri. Portio vaginalis атрофирована. Наружное отверстіе мало, сокращено и кровоточитъ при прикосновеніи. Пессарія не носила.	23 янв. 1885 г. Связки вытянуты на 4 сант., вшиты 2 серебряными и нѣсколькими шелковыми швами. Кольцевидный пессарій.	Значительное напряженіе краевъ ранъ въ теченіи 4 дней. 8 дней t^0 была повышена, maximum до $38{,}9^0$. Швы сняты на 7 и 11 день. На 16 день раны зажили и паціентка встала. Пессарій вынутъ на 34 день. Дефекація и мочеиспусканіе нормальны. 23 мая выписалась. Пролапсъ не рецидировалъ.
	112	Е. Б., 24 лѣтъ, незамужняя, менструируетъ съ 16 лѣтъ	5 мая 1885 г. Въ виду значительнаго	Паціентка чувствовала себя хорошо въ пер-

HERMAN (XLIV).	112	Въ мартѣ 1883 г. впервые замѣтила опущеніе матки до вульвы. При горизонтальномъ положеніи больной матка уходила обратно. Съ апр. 1884 г. fluor albus, боль и раздраженіе въ пузырѣ. Въ окт. 1884 г. принята въ госпиталь. Б. небольшаго роста, нѣжнаго тѣлосложенія Влагалищная часть опущена до вульвы. Передняя стѣнка рукава выворочена. Hymen цѣлъ. Portio vaginalis длиною около 4 сант. Тѣло матки ретрофлектировано. Зондъ входитъ на 9 сант. Удлиненная часть шейки ампутирована. По заживленіи ампутаціонной раны были примѣнены различные пессаріи, но безъ успѣха. Prolapsus uteri retroflecti. Hypertrophia portionis vaginalis.	пролапса связки были вытянуты насколько возможно. на лѣвой сторонѣ связка найдена легче. При ея изоляціи былъ поврежденъ processus peritonei.	вые 4 дня. 9 мая вечеромъ появилась рвота. 10 мая жаловалась на боли въ животѣ. Животъ чувствителенъ къ давленію, не вздутъ. 11 мая коллапсъ, обмороки, холодныя конечности, слабый пульсъ. Постоянная тошнота, позывъ къ рвотѣ. 12 мая умерла [1]). Все время t° измѣрялась дважды въ день и ни разу не превышала 37,2°. Карболуріи не было. *Примѣчаніе*: Herman указываетъ, что во время операціи сдѣлано опущеніе въ антисептикѣ, во время не замѣченное.
NANCREDE (LXIII).	113	N. N., 57 лѣтъ, мать 5 живыхъ и множества мертвыхъ дѣтей. Вслѣдствіе разрыва промежности, ранняго вставанія послѣ родовъ и тяжелой работы у нее произошло полное выпаденіе матки. Никакіе пессаріи и супортеры не имѣли успѣха. Prolapsus uteri completus.	Полная анэстезія эфиромъ. Разрѣзы въ 6 сант. Связки пришиты кэтъ-гутомъ къ ножкамъ паховаго кольца. Кэтъ-гутовый капиллярный дренажъ. Кожная рана соединена серебрян. проволокой Средній Смитъ-Годжевскій пессарій.	Д-ру Hirsh'у, описывающему этотъ случай, Nancrede далъ знать, что больная чувствуетъ себя хорошо и что большая часть ранъ зажила per primam.
	114	Eliza J. 32 лѣтъ, замужемъ 4 года. Рожала 2 раза. Послѣдніе роды 2 года тому назадъ. Со времени послѣднихъ родовъ жалуется на боли въ поясницѣ, прадіирующія на mons veneris и бедра. Menstrua обильны, болѣзненны. Съ 18	11 іюня 1885 г. Связки найдены съ трудомъ вслѣдствіе обилія жира. Связки резецированы съ каждой стороны на 6 сант. Операція	Т° нормальна. 27 іюня раны вполнѣ зажили per primam. Матка въ положеніи антеверсіи. Portio vaginalis отстоитъ на палецъ отъ входа рукава. 20 іюля больная встала въ пер-

[1]) *Post mortem*: Общій острый перитонитъ съ незначительнымъ трансудатомъ. Оперированныя части тщательно отпрепарованы, при чемъ найдено слѣдующее: Рана на правой сторонѣ совершенно зажила, гноя не было. Canalis Nuckii вплотную подходилъ къ ней (ранѣ) и сомнительно было, открывался ли онъ непосредственно подъ раной или нѣтъ. Рана въ лѣвомъ паху съ наружной стороны воспалена, сообщается каналомъ, наполненнымъ гноемъ, съ полостью брюшины. Значительное количество гноя было въ субперитонеальной клѣтчаткѣ и широкой связкѣ. Матка нормальна и хорошо притянута На ея передней поверхности, между ней и мочевымъ пузыремъ, находится выдающаяся складка брюшины. Слизистая оболочка кишекъ нормальна. Печень, селезенка, почки, сердце и легкія вполнѣ здоровы.

REEVS (LV)	114	сент. 1884 жалуется на опущеніе матки, особенно замѣтное при ходьбѣ. При изслѣдованіи найдено: Выпаденіе матки и разрывъ промежности. 15 дек. 1884 г сдѣлана perineorrhaphia. Хотя операція вполнѣ удалась, но матка скоро вновь выпала. Prolapsus uteri.	продолжалась часъ. Пессарій.	вый разъ, носитъ пессарій. 1 сент. вполнѣ выздоровѣла. Регулы правильны, безболѣзненны и необильны. Болѣзненные симптомы совершенно исчезли. Матка въ той же степени антеверсіи, какая опредѣлена 27 іюня.
DOLERIS (XXXIX).	115	L., 25 лѣтъ, поденщица поступила въ госпиталь Tenon 1 марта 1886 г. Первыя крови на 13 году. Родила 2 раза нормально. При изслѣдованіи 18 февр 1886 г. констатировано: Передняго свода и передней губы маточнаго зѣва нѣтъ. Слизистая оболочка передней стѣнки рукава непосредственно переходитъ въ слизистую цервикальнаго канала. Рукавъ и шейка матки очень разрыхлены, ціанотичны. Стѣнки рукава отвисаютъ и имѣютъ наклонность выпадать. Orif. extern. uteri зіяетъ. Слизистая цервикальнаго канала поверхностно эрозирована. Полость матки длиною около 5,5 сант. Рѣзкое cystocele. Небольшая чувствительность лѣвой трубы и яичника. Сращеній нѣтъ. Жалуется на постоянныя боли въ нижней части живота, затрудненіе при ходьбѣ и невозможность работать. Къ 2 марта послѣ соотвѣтственнаго леченія конгестія слизистой оболочки исчезла. Матка болѣе плотна, шейка стоитъ очень низко. При малѣйшемъ усиліи передняя стѣнка вполнѣ выпадаетъ и матка достигаетъ вульвы. Prolapsus uteri incompletus.	4 марта 1886 г. подъ хлороформомъ произведены двѣ операціи: 1) Elytrorrhaphia anterior. Площадь окровавленія 6 квадр. сант. Непрерывный кэтъ-гутовый шовъ. 2) Укороченіе правой круглой связки. Связка, бѣловатаго цвѣта, найдена легко. Вытянуто 8 сант. У основанія связки виднѣется брюшина въ видѣ верхушки infundibuli. Здѣсь на связку наложена лигатура. Вытягиваніе связки рѣзко отзывается на положеніи матки. Связка кэтъгутомъ пришита къ ножкамъ паховаго отверстія. Свободный конецъ вложенъ въ рану. Дренажъ. Кожный шовъ. Рукавъ, выполненъ іодоформенной марлей. Обѣ операціи продолжались 28 мин.	Высшая t° 37,5. Наружная рана заживала при слѣдующихъ явленіяхъ: Въ первые дни былъ незначительный отекъ надъ лоннымъ соединеніемъ. Края раны слегка покраснѣли, припухли и по снятіи швовъ нѣсколько разошлись въ ея верхнемъ углу. Въ этомъ мѣстѣ выпятился изъ раны конецъ вложенной въ нее связки. Конецъ этотъ отрѣзанъ ножницами. Рана въ рукавѣ зажила безъ нагноенія Къ 24 марта кожная рана вполнѣ закрылась, заживъ на большемъ протяженіи per primam. Въ верхнемъ ея углу затвердѣніе, образуемое оставленной въ ранѣ связкой. Въ рукавѣ площадь рубца въ 20 сант. Больная ходитъ свободно съ 18 март. Передняя стѣнка рукава укорочена. Матка нѣсколько выше лоннаго соединенія въ легкой антеверсіи и наклонена вправо. Лѣвый яичникъ прощупывается, неболѣзненъ. Пессарія не носила. 6 апрѣля больная чувствовала себя прекрасно.

Примѣчаніе. Въ заголовкѣ таблицы пропущена надпись **A. PROLAPSUS UTERI**, относящаяся къ случаямъ 75—115.

B. Retroversio uteri.

ALEXANDER (V).

116	Марія С. Б., 24 лѣтъ, замужняя, рожала, страдаетъ эпилепсіей. Поступила въ госпиталь 27 нояб. 1882 г. Эпилептическія припадки часты и начались вскорѣ послѣ прекращенія регулъ, годъ тому назадъ. Сдѣлана послѣдовательная перевязка обѣихъ art. vertebralis. Припадки не прекратились, но стали слабѣе, а регулы стали вновь правильно появляться. Отыскивая причины эпилепсіи, Alexander остановился на возможности заболѣванія половыхъ органовъ. Произведеннымъ изслѣдованіемъ констатирована рѣзко выраженная retroversio uteri.	16 марта 1882 г. Матка приведена въ нормальное положеніе.	t^0 нормальна. Никакихъ осложненій. 10 апр. выписались. Послѣ операціи было только 5 припадковъ. 20 іюня матка найдена въ нормальномъ положеніи. Припадковъ не было. Въ авг. 1883 г. демонстрирована въ Британскомъ медицинскомъ обществѣ, гдѣ Lawson Tait и другіе могли убѣдиться въ нормальномъ положеніи матки. Зимою 1882 г. Б. родила здороваго ребенка.
117	Г-жа Л. 26 лѣтъ, замужняя, nullipara жалуется на боли въ пояснице, диспепсію, скудныя регулы и дисменоррею. При изслѣдованіи найдено: матка неувеличена, наклонена взадъ.		Чрезъ 2 года дѣтей еще не имѣла. Регулы не обильны. Другіе симптомы исчезли. Матка въ нормальномъ положеніи.
118	Анна Г. 17 лѣтъ, поступила въ госпиталь въ дек. 1882 г. Retroversio. Jncontinentio urinae. Hysteriasis. Общее леченіе не дало результатовъ.	3 янв. 1883 г. На слѣдующій день введенъ пессарій.	t^0 только разъ поднялась до 38,2. Въ концѣ мѣсяца выбыла. Дальнѣйшаго изслѣдованія не произведено. Alex. не сомнѣвается въ успѣхѣ, такъ какъ матка была мала и связки хорошо укрѣплены.
119	Ц. дѣвушка 22 лѣтъ, страдаетъ катарромъ мочеваго пузыря. При изслѣдованіи констатировано: Матка имѣетъ нормальную величину и форму, сильно наклонена взадъ. Положеніе матки исправлено зондомъ и введенъ пессарій Годже. Чрезъ 2 недѣли пессарій извлеченъ, вслѣдствіе вызванныхъ имъ болей.	28 нояб. 1883 г. Разрѣзы длиною въ 2,5 сант. Связки самыя тонкія, которыя когда либо операторъ видѣлъ, но крѣпкія. Пессарій Годже.	Раны зажили per primam, но вдоль лѣвой раны образовался небольшой абсцессъ, который вскрылся въ теченіи 2 недѣли. Паціентка встала на 21 день. Выбыла изъ госпиталя 1 янв. 1884 г. Пессарій не причинялъ боли и оставался всего въ теченіи 2 мѣсяцевъ. 14 фев. 1884 г. Матка въ нормальномъ положеніи. Всѣ симптомы исчезли.

CAMPBELL (XXI).	120	М. 36 лѣтъ. Въ теченіи послѣднихъ 5 лѣтъ страдаетъ сильной астмой, появляющейся періодически предъ регулами. 1 авг. 1882 г. изслѣдованіемъ констатировано: Матка нѣсколько понижена и сильно наклонена взадъ, свободно подвижна. Положеніе матки было исправлено зондомъ и введенъ пессарій Greenhalgh'a. Чрезъ нѣсколько дней пессарій выпалъ во время кашля и въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ пришлось то вставлять, то вынимать различные пессаріи.	5 дек. 1882 года Этеризація. Лѣвая связка вдвое толще правой. Каждая укорочена на 4 сант. Кэтъ-гутовые швы. Матка приведена въ положеніе незначительной антеверсіи. Пессарій Годже.	t° нормальна. Регулы начались 8 дек. и продолжались до 16 дек., были легче и сопровождались болѣе слабой астмой. 18 дек. раны зажили. Въ концѣ мѣсяца встала. Пессарій носила до конца января. Матка въ положеніи антеверсіи, опущенія нѣтъ. Съ января видѣлъ больную много разъ. Матка сохраняетъ приданное ей положеніе. Кашель вновь появился, но въ болѣе слабой степени.
REID (LXX).	121	Х. 31 года, замужняя. Менструируетъ съ 10 лѣтъ, съ незначительной дисменорреей въ первый день регулъ. Рожала 1 разъ. Съ сентября 1880 г. жалуется на боли въ спинѣ, частые позывы на мочеиспусканіе и острую діаррею, появляющуюся разъ въ день каждое утро. Регулы появляются правильно, но сопровождаются сильными головными болями. При изслѣдованіи найдено: Матка тяжела, длиной въ 9 сант., гипетрофія portionis vaginalis. Матка сильно наклонена взадъ. Промежность частью надорвана, частью растянута. Въ послѣдніе 3 года безуспѣшно испробованы всѣ методы леченія.	3 нояб. 1883 года. Лѣвая связка порвалась, такъ что пришлось вскрыть паховой каналъ на 1,5 сант. Связки вытянуты около 5 сант. Свободные концы ихъ выведены наружу. Кэтъ-гутовые швы. Дренажъ. Пессарій.	Въ обѣихъ ранахъ было нагноеніе съ 4 дня. Концы связокъ отдѣлились въ видѣ струпьевъ. На 23 день вышла изъ госпиталя, начавъ за нѣсколько дней предъ тѣмъ ходить. Чрезъ 2 недѣли было извѣстно слѣдующее: Паціентка менструировала безъ боли. Матка въ положеніи антеверсіи и весь органъ лежитъ почти горизонтально поперекъ оси таза, свободно подвиженъ. Только 3 мѣсяца находилась въ хорошемъ состояніи, но затѣмъ снова появились тѣ же припадки. При изслѣдованіи найдено что матка въ томъ же положеніи, какое ей придано во время операціи. Шейка тоньше. Полость матки длиною въ 7,5 сант.
	122	М. 45 лѣтъ. Регулы съ 18 лѣтъ. Замужъ вышла 25 лѣтъ. Рожала 4 раза; въ послѣдній разъ 13 лѣтъ назадъ. Съ тѣхъ поръ жалуется на сильныя боли въ спинѣ, чувство напиранія внизъ, затрудненную дефекацію и неудобства при ходьбѣ. Retroversio uteri діагносцировано еще 10 лѣтъ тому назадъ.	20 фев. 1884 года. Связки вытянуты около 5 сант. Свободные концы ихъ выведены наружу. Кэтъ гутовые швы. Дренажъ. Большой пессарій Годже.	Безъ осложненій. Концы связокъ отдѣлились чрезъ 6 недѣль. 25 іюня 1884 г могла совершенно свободно ходить. Дефекація нормальна, частый безболѣзненый позывъ къ мочеиспусканію. Матка въ нормальномъ положеніи съ нѣ-

POLK (LXV).

122	Послѣдній годъ большею частью провела въ постели. Разнообразное леченіе не приносило пользы. При изслѣдованіи 20 окт. 1883 г. найдено: паціентка истощена; матка гипертрифорована, сильно наклонена взадъ, дно ея лежитъ на промежности. Длина по зонду 9 сант. Матка редрессируется съ трудомъ.		которой наклонностью къ антеверсіи, безболѣзненна,подвижна.Длина по зонду 7,5 сант. Въ заднемъ сводѣ складка свободной ткани. Послѣдніе регулы за 2 мѣсяца до операціи. Пессарій продолжала носить 3 мѣсяца.
123	М. М. С. 23 лѣтъ. Матка ретровертирована, увеличена и чувствительна. Пессарій причиняетъ боли.	Чрезъ 3/4 часа съ трудомъ была найдена правая связка. На другой сторонѣ операція отложена.	Больная почувствовала такое облегченіе. что ей позволено было оставить госпиталь и больше она не являлась. Матка поднята, наклонена впередъ и притянута къ правой сторонѣ.
124	A. S. 34 лѣтъ. Боль въ спинѣ, меноррагія. Бѣли. Palpitatio cordis и растройство нервовъ. Матка ретровертирована, увеличена, мягка и чувствительна. Повторное ношеніе пессарія не приносило пользы. но причиняло сильныя боли.	21 сентября 1885 года.	Обильное нагноеніе въ обѣихъ ранахъ. Медленное заживленіе грануляціями. Выписалась здоровой 7 дек. Матка въ нормальномъ положеніи. Около 17 декабря забеременѣла.
125	A. S. 38 лѣтъ. Retroversio uteri. Органъ удерживается внизу срощеніями. Трубы патологически измѣнены.	Операція сдѣлана въ предположеніи. что связки преодолѣютъ дѣйствіе сращеній Матка притянута въ нормальное положеніе.	Не смотря на поддержку тампонами органъ принялъ прежнее положеніе.
126	A. K. 35 лѣтъ, больна 5—6 лѣтъ. Матка ретровертирована, увеличена, чувствительна и подвижна. Пессарія не переноситъ.	25 янв. 1886 года. Матка приведена въ нормальное положеніе.	26 марта выписалась излѣченной. 20-го іюня. Матка въ нормальномъ положеніи. Симптомы исчезли.
127	A. A. Retroversio uteri. Матка увеличена, чувствительна, подвижна. Обычные симптомы. Лечилась 8 лѣтъ безуспѣшно.	22 марта 1886 г. Матка поставлена въ превосходное положеніе.	Незначительное нагноеніе въ обѣихъ ранахъ затянуло выздоровленіе. Выписалась 15 мая. Матка въ превосходномъ положеніи. 20 іюня тѣже результаты. Всѣ симптомы исчезли.
128	K. C. 27 лѣтъ. Матка ретровертирована, увеличена, чувствительна, подвижна. 6 лѣтъ	25 мая 1886 года.	Правый разрѣзъ нагноился. 26 іюня паціентка находилась еще

HARRINGTON (XLV). MUNDÉ (LX).	128	уже больна. Обычные симптомы. Леченіе безуспѣшно.		въ госпиталѣ, но чувствовала себя такъ хорошо, что чрезъ недѣлю или 2 выпишется.
	129	Р. Ж., 25 лѣтъ, замужняя, nullipara. Лѣтомъ 1884 г, при изслѣдованіи констатировано: Матка наклонена взадъ. Portio vaginalis и передній сводъ укорочены (вѣроятно укороченіе врожденное).	23 январи 1885 г. Ножки паховыхъ отверстій легко найдены. Связки не отысканы, хотя правый паховой каналъ прослѣженъ до внутренняго отверстія.	Обильное нагноеніе отдалило заживленіе ранъ почти на мѣсяцъ.
	130	W., 28 лѣтъ. Со времени послѣднихъ родовъ, 7 лѣтъ тому назадъ, страдаетъ тянущими болями въ поясницѣ. Матка наклонена взадъ и нѣсколько опущена. Пессарій носила $1^1/_2$ года съ временнымъ облегченіемъ.	Связки укорочены около 4 сант., пришиты шелковыми швами къ ножкамъ паховаго отверстія. Кожная рана зашита кэтъ-гутомъ. Пессарій.	Заживленіе ранъ и выздоровленіе было превосходно. На 10 день полное заживленіе per primam. Оставалась въ постели 3 недѣли и чрезъ 6 недѣль матка сохраняла исправленное положеніе.

C. Retroflexio uteri.

ALEXANDER (V).	131	Елизавета Д., 30 лѣтъ, поступила въ госпиталь 17 сентября 1881 года. Рѣзко выраженное искривленіе матки назадъ. Dysmenorrhoea и приступы эпилепсіи во время регулъ.	Одна связка не могла быть захвачена (to catch) и матка фиксирована только на одной связкѣ. Пессарій.	t° нормальна. Раны зажили 13 января 1882 г. Января 30 при изслѣдованіи найдено: Ретрофлексіи нѣтъ и зондъ проходитъ въ нормальномъ направленіи. Эпилепсія безъ измѣненія. Dysmenorrhoea прекратилась. 1 сент. 1883 г. матка сохраняла нормальное положеніе.
	132	Анна В., 32 лѣтъ, страдаетъ искривленіемъ матки назадъ, осложненнымъ сращеніями послѣ бывшихъ 5 лѣтъ тому назадъ родовъ. Послѣднее время страдала истеченіями ex sexualibus и не могла переносить пессарія.	Лѣвая связка легко вытянута. Правая не поддавалась никакимъ усиліямъ. Часть паховаго канала вскрыта, чтобы удобнѣе захватить связку, но она только рвалась. Матка фиксирована только на лѣвой связкѣ. Пессарій.	Чрезъ 3 недѣли уже была здорова и всѣ симптомы исчезли. При изслѣдованіи оказалось, что сращенія растянулись и матка въ лучшемъ положеніи чѣмъ до операціи. Демонстрирована въ засѣданіи Британскаго медицинскаго общества. Graily Hevit и Lawson Tait нашли, что положеніе матки очень хорошее, а Wallace и другіе, что она нѣсколько наклонена взадъ. Чрезъ годъ прежніе припадки совершенно исчезли.

ALEXANDER (V).

133	Ц., очень нервная женщина, мать многихъ дѣтей, уже нѣсколько лѣтъ страдаетъ періодическими припадками невральгіи. При изслѣдованіи констатировано: retroflexio uteri. Пессаріи безъ успѣха.	Операція произведена успѣшно, но Al. полагаетъ, что связки слишкомъ вытянуты. Пессарій.	Паціентка была очень безпокойна. Первая менструація послѣ операціи была легка и безболѣзненна. Въ сентябрѣ 1883 г. констатировано: незначительная антеверсія и пролапсъ (?), легко объяснимые тѣмъ, что больная до заживленія ранъ вскочила съ кровати и сошла со втораго этажа.
134	Анна Г., 19 лѣтъ, принята въ госпиталь 23 іюня 1882 г. При изслѣдованіи найдено: Retroflexio-versio uteri. Выпрямленіе смѣщенной матки и положеніе à la vasche не дали успѣха.	9 сентябр. 1882 г. Изоляція связокъ очень трудна вслѣдствіе обилія жира. Связки пришиты къ кожѣ и ножкамъ паховаго кольца.	Раны заживали медленно. t° 2 раза повысилась до 38,8. 23 нояб. 1882 демонстрирована въ Ливерпульскомъ медицинскомъ институтѣ. Матка сохраняетъ нормальное положеніе. Позже больной не видѣлъ.
135	Екатерина Д., 24 л. принята въ госпиталь 9 февраля 1883 г. Болѣе года страдаетъ дисменорреей и истеченіями ex sexualibus. Изслѣдованіемъ констатировано: Retroflexio-versio uteri. Безуспѣшно лечилась пессаріями.	21 марта 1883 г. Пессарія не положено въ виду легкости и малой величины матки.	t° нормальна. 7 апр. раны вполнѣ зажили. Пессарій положенъ, когда больной разрѣшено встать 21 мая выписалась съ нормальнымъ положеніемъ матки. Позже больной не видѣлъ.
136	Ц., 35 л. Со времени послѣднихъ родовъ въ теченіе 10 лѣтъ существуютъ симптомы маточнаго заболѣванія. Въ послѣднее время появились обмороки и разстройство въ области психической сферы. Изслѣдованіемъ констатировано: Retroflexio - versio uteri. Матка можетъ быть приведена зондомъ въ нормальное положеніе, но тотчасъ по его извлеченіи принимаетъ снова первоначальное положеніе. Всевозможные способы леченія безъ результатовъ.	4 іюля 1883. Когда связки были уже вытянуты, матка найдена въ нормальномъ положеніи, но искривленіе взадъ оставалось. Введенъ снова зондъ, матка выпрямлена и связки еще болѣе вытянуты. Матка приняла нормальное положеніе.	Матка сохраняла нормальное положеніе на 2 день, на слѣдующій уже слегка загнулась, а на 4 снова приняла тоже положеніе, что и тотчасъ послѣ операціи, до вторичнаго выпрямленія зондомъ. Матка снова съ трудомъ выпрямлена зондомъ и введенъ внутриматочный пессарій. Раны зажили per secundam. Матка имѣетъ нормальное положеніе, съ дномъ искривленнымъ назадъ. Всѣ симптомы со стороны матки исчезли. Мозговые припадки безъ измѣненій. *Примѣчаніе.* Искривленіе дна матки послѣ операціи Alexander объ-

CAMPBELL (XXI).	136			ясняетъ перемѣщеніемъ мѣста прикрѣпленія круглыхъ связокъ внизъ.
	137	Анна Л., 50 л., принята въ госпиталь 3 мая. Больна около 8 лѣтъ. Изслѣдованіемъ констатировано: Матка нѣсколько опущена, искривлена назадъ. Дно ея лежитъ на rectum. Матка подвижна, легко редрессируется.	8 мая. Концы связокъ найдены съ трудомъ вслѣдствіе обилія жира. Тракціи связокъ рѣзко отзываются на положеніи матки. Укорочены на 4 сант. Пессарій Годже.	t^0 нормальна. Раны заживали медленно per secundam. Чрезъ мѣсяцъ послѣ операціи матка сохраняла нормальное положеніе. Припадки исчезли. Пессарій оставался до разрѣшенія больной ходить.
GARDNER (XXXIX).	138	А., замужняя, мать 5 живыхъ и 4 мертвыхъ дѣтей. Послѣдніе роды 7 недѣль назадъ. Жалуется на жгучія боли въ половыхъ частяхъ, боль при мочеиспусканіи и дефекаціи и головокруженіе. Изслѣдованіемъ опредѣлено: Retroflexio uteri. Ruptura perinei.	26 сентября 1883. Наркотизація эфиромъ. Связки вытянуты на столько, что свободные концы ихъ связаны между собой надъ лобкомъ. Швы изъ кэтгутовыхъ нитей. 29 сентября возстановлена промежность.	10 нояб. выписалась, носитъ кольцевидный пессарій. 15 янв. 1884 матка найдена въ нормальномъ положеніи. Пессарія не носитъ уже мѣсяцъ.
	139	Х. обратилась за совѣтомъ 12 марта 1883. Совершенный инвалидъ, не можетъ пройти безъ боли даже небольшаго разстоянія. Дефекація непроизвольна. Изслѣдованіемъ констатировано: Надрывы шейки. Полное искривленіе матки назадъ, corpus perinei разрушенъ. Septum rectovaginale надорвано на 4 сант.	19 марта 1883. Hysterotrachelorrhaphia и укороченіе круглыхъ связокъ на столько, что дно матки можно было ощупывать чрезъ стѣнки живота. Дренажъ. 21 марта возстановленіе промежности.	Послѣ операціи была уже разъ беременна и абортировала. Ходитъ довольно большія разстоянія безъ боли. Теперь снова беременна и чувствуетъ себя прекрасно.
POLK (LXVIII).	140	I. G. 35 лѣтъ. Регулы неправильны и обильны. Запоры и боль въ кишкахъ. Боль въ спинѣ. Изслѣдованіемъ констатирована рѣзко выраженная ретрофлексія. Пессарія не переноситъ.	15 марта 1885 г.	Выписалась излѣченной. Матка въ нормальномъ положеніи.
	141	А. М. 30 лѣтъ Фиброміома задней стѣнки матки. Матка искривлена назадъ.		Дно матки приняло отвѣсное положеніе, но всѣ припадки остались въ той же степени, что и до операціи.[1]

[1] *Примѣчаніе.* Чрезъ 10 мѣсяцевъ при второй операціи (удаленіе яичниковъ) констатировано слѣдующее положеніе тазовыхъ органовъ: матка въ отвѣсномъ положеніи, искривленія нѣтъ. Верхній край широкихъ связокъ вдвинутъ впередъ, какъ клинъ, между нѣсколько натянутой круглой связкой спереди и линіей, занимаемой трубой и lig. infundibul. pelvic. назади, которая также была натянута. Утолщеній или другихъ патологическихъ измѣненій не было.

POLK (LXVIII).	142	N. N. 45 лѣтъ. Retroflexio uteri. Матка приращена сзади и снизу. Боли въ спинѣ. Чувствительность матки. Регулы правильны.	9 января 1886 г.	Операція безъ успѣха, хотя симптомы нѣсколько ослабѣли.
	143	В. К. 38 лѣтъ. Матка ретрофлектирована, увеличена, чувствительна. Больна 5 лѣтъ. Обычные симптомы.	13 апрѣля 1886 г.	Выписалась здоровой 17 мая. Матка въ нормальномъ положеніи.
MUNDÉ (LX).	144	К. Р. женщина нѣжнаго и слабаго тѣлосложенія, мать 5 дѣтей. При изслѣдованіи въ ноябрѣ 1884 г. найдено: Retroflexio 3 степени. Матка очень подвижна, легко редрессируется. Рукавъ объемистъ и вялъ. Пессаріи безъ успѣха.	12 декабря 1884 г. Правая связка вытянута на 6,5 сант.; лѣвая на 7,5 сант. Пессарій.	Раны зажили per primam, за исключеніемъ одного мѣста на лѣвой сторонѣ, гдѣ было незначительное нагноеніе. Встала на 14 день. Пессарій носила 3 мѣсяца. По удаленіи пессарія повторно изслѣдована и всегда можно было констатировать нормальное положеніе матки. Нѣкоторое время жаловалась на учащенный позывъ къ мочеиспусканію, но и это скоро прошло.
	145	Г. 34 лѣтъ, мать 8 дѣтей; младшему 5 мѣсяцевъ. Въ іюлѣ 1884 г. при изслѣдованіи найдено: Матка ретрофлектирована. Боковые надрывы portionis vaginalis. Промежность разорвана. Рукавъ сильно растянутъ, такъ что никакой пессарій не удерживается.	17 декабря послѣдовательно сдѣланы 3 операціи: 1) Hysterotrachelorrhaphia. 2) Укороченіе круглыхъ связокъ. Легко найдены паховыя отверстія. Правая связка порвалась глубоко въ каналѣ. Лѣвая вытянута, вшита, а избытокъ ея отрѣзанъ. Изоляція связокъ вслѣдствіе обилія жира очень трудна. 3) Colpoperineorrhaphia.	Результатъ на cervix и perineum вполнѣ достигнутъ. Паховыя раны нагноились, образовавъ карманы, глубиною въ 2—3″, которые закрылись грануляціями чрезъ 5 недѣль послѣ операціи. *Примѣчаніе.* Хотя безъ всякаго сомнѣнія круглая связка и была укорочена на одной сторонѣ, но нагноеніе уничтожило результаты и едва-ли матка была поднята этой операціей (Mundé).
HARRINGTON (XLV).	146	Г. 30 лѣтъ, 3 года страдаетъ постоянною болью въ поясницѣ и въ области таза. Изслѣдованіемъ констатировано незначительное опущеніе сильно ретрофлектированной матки. Длина матки по зонду около 8 сант. Матка легко редрессируется, но тотчасъ же принимаетъ первона-	Этеризація. Связки вытянуты до того, что матка совершенно приподнята. Внутри — маточный пессарій для исправленія флексіи. Связки укорочены на 6,5 сант. и пришиты къ ножкамъ на-	Выздоровленіе полное. Чрезъ 4 недѣли послѣ операціи матка имѣла нормальное положеніе и паціентка чувствовала себя прекрасно. Высказаться положительно за успѣхъ операціи очень рано, но предсказаніе весьма благопріятное.

DUPLAY (LV)	146	чальное положеніе, какъ только поддержка устранена. Долго и безуспѣшно лечилась.	коваго отверстія шелковыми лигатурами. Кожная рана зашита кэтъ-гутомъ.	
	147	Викторина Примо 38 лѣтъ, поступила въ госпиталь Lariboisiere 29 іюня 1885 г. Регулы появились на 17 году. Замужъ вышла 28 лѣтъ. Рожала 2 раза. Жалуется на тянущія боли въ нижней части живота, усиливающіяся во время регулъ, невозможность ходить и постоянные запоры. Изслѣдованіемъ per vaginam констатировано: утолщенная влагалищная часть достигается на нормальной высотѣ. Передній и боковые своды свободны. Въ заднемъ прощупывается тѣло матки, образующее уголъ съ шейкой. Тѣло матки не свободно подвижно, но всё же можетъ быть приведено въ нормальное положеніе.	30 октября 1885 г. Дренажъ. Пессарій Граіэля.	t° только одинъ разъ повысилась до 38°. Нагноеніе въ обѣихъ ранахъ, въ особенности въ правой. Состояніе больной послѣ операціи не измѣнилось. Кромѣ того больная жаловалась на циститъ и имѣла пролежень на крестцѣ. Матка имѣетъ нормальное положеніе, но о результатѣ операціи нельзя высказаться положительно, потому что пролежень не позволяетъ еще больной встать.
	148	Т. Petit, 32 лѣтъ, кухарка, поступила въ госпиталь 24 октября 1885 г. Регулы съ 13¹/₂ лѣтъ. Замужъ вышла 21 года. Первые роды на 2 году замужества, послѣдніе—8 лѣтъ назадъ. Жалуется на головную боль и чувство выпиранія въ нижней части живота, постоянные запоры и полную невозможность работать. 8 лѣтъ постоянно лечится, носила различные пессаріи, но безъ всякаго успѣха. Изслѣдованіемъ per vaginam констатировано: влагалищная часть нормальна. Передній и боковые своды нормальны, неболѣзненны. Въ заднемъ сводѣ прощупывается тѣло искривленной назадъ и слегка опущенной матки. Матка очень подвижна, легко выпрямляется.	2 декабря 1885 г. Хлороформъ. Связки очень толсты, легко найдены и вытянуты Дренажъ. Пессарій Гаріэля.	t° только одинъ разъ повысилась до 38°. Маленькое нагноеніе съ правой стороны. Дренажъ въ теченіи 15 дней. Общее состояніе прекрасное, но больной еще не позволено встать.

D. Retroflexio uteri et descensus ovariorum.

149	С. страдаетъ симптомами маточной болѣзни. При изслѣ-	26 октяб. 1883 г. Дренажъ.	Полное выздоровленіе. 3 іюня 1884 г. мат-

GARDNER (XXXIX).	149	дованіи найдено: Retroflexio uteri и опущеніе обоихъ яичниковъ. Пессарія не переноситъ.		ка совершенно нормальна. Послѣ операціи не чувствуетъ никакихъ болей.
	150	M. Кромѣ маточныхъ симптомовъ жаловалась на мигрень, стрѣляющія боли въ глазу и вискѣ. Замужемъ 12 лѣтъ, рожала 5 разъ. Матка искривлена назадъ. Лѣвый яичникъ увеличенъ, смѣщенъ, лежитъ позади матки. Пессарія не переноситъ.	17 янв. 1884 г. Дренажъ.	Полное излѣченіе всѣхъ симптомовъ. Маточный зондъ проходитъ въ нормальномъ направленіи.
	151	П. Симптомы маточнаго заболѣванія остраго характера Искривленіе матки назадъ. Опущеніе яичниковъ.	29 апр. 1884 г. Дренажъ.	Чрезъ 3 недѣли вернулась домой, временно носила пружинный пессарій. Въ концѣ іюня матка найдена въ нормальномъ положеніи. Всѣ припадки исчезли.
	152	B. Много лѣтъ жалуется на боли въ нижней части живота и лѣвомъ паху, усиливающіяся предъ регулами. Замужемъ 6 лѣтъ. 2 раза преждевременно рожала и разъ абортировала. Изслѣдованіемъ констатировано: искривленіе матки назадъ, смѣщеніе обоихъ яичниковъ и ясные признаки параметрита, Пессарія не переноситъ.	15 іюня 1884 г. Связки были вытянуты до тѣхъ поръ, пока дно матки бимануальнымъ изслѣдованіемъ не найдено въ его нормальномъ положеніи.	t^0 нормальна. Предсказаніе прекрасное.
REID (LXX).	153	M. G. 33 лѣтъ, регулы съ 16 лѣтъ, всегда неправильно, замужъ вышла 20 лѣтъ. Рожала 1 разъ. 10 лѣтъ уже жалуется на боли въ спинѣ, въ области лѣваго яичника, лейкоррею, диспареунію, дисменоррею и невозможность ходить. Матка гипертрофирована, искривлена назадъ. Лѣвый яичникъ смѣщенъ. Пессаріи и мѣстное леченіе приносили только временную пользу.	1 нояб. 1883 г. Разрѣзы въ 5 сант. Связки легко найдены, но изолируются съ трудомъ. Вытянуты на 5 сант. Концы связокъ вложены въ раны. 3 хромъ - кэтъ - гутовыхъ шва. Пессарій.	Повышеніе t^0 въ первые 3 дня, maximum до 38,6. Нагноеніе въ ранахъ. Къ 26 дню нижніе углы ранъ еще не зажили. Во время выписки жаловалась на частые позывыкъ мочеиспусканію при стояніи и ходьбѣ, но это скоро прошло. Пессарій оставленъ еще на мѣсяцъ Чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи найдено, что шейка была высоко и нормальна. Дно матки не ощущалось въ заднемъ сводѣ, но конецъ зонда проходилъ назадъ, указывая, что органъ искривленъ.

IMLACH (XLVII).

154	Л. Н. 25 лѣтъ, дѣтей не имѣла. Dysmenorrhoea и menorragia въ продолженіи 4 лѣтъ.	3 октября 1883 г.	Облегченіе временное. Чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ поступила въ госпиталь для удаленія придатковъ матки.
155	Р. Д. 32 лѣтъ, имѣла 6 дѣтей. Младшему 6 лѣтъ. Menorrhagia съ паузами въ недѣлю. Постоянныя боли въ области таза Лечилась 2 года безуспѣшно.	5 января 1884 г.	Всѣ страданія прекратились. Регулы правильны.
156	I. Д. 29 лѣтъ, 6 дѣтей. Младшему годъ. Постоянныя боли въ области таза. Смѣщенные яичники чувствительны, неувеличены.	14 февраля 1884 г.	Полное излеченіе отъ болей. Вскорѣ забеременѣла и въ февралѣ 1885 г. родила. Положеніе плода было поперечное. Теперь страдаетъ незначительнымъ пораженіемъ тазовой клѣтчатки.
157	А. К. 29 лѣтъ. 3 дѣтей, младшему годъ. Постоянныя тазовыя боли и дизурія. Матка длиною въ 10 сант. Яичники чувствительны, смѣщены.	26 февраля 1884 г.	Чрезъ 2 недѣли per urethram отошла вся слизистая оболочка пузыря. Оставила госпиталь, освободившись отъ болей, но не возстановивъ своего здоровья.
158	А. М. 31 года незамужняя, учительница. Dysmenorrhoea. Яичники смѣщены и значительно увеличены.	17 марта 1884 г.	Получила нѣкоторое облегченіе, но всё же страдаетъ настолько, что должна была оставить школу.
159	А. Г. 31 года, 6 дѣтей, младшему 2 года. Со времени послѣднихъ родовъ регулъ не было. За мѣсяцъ до поступленія въ госпиталь появилось кровотеченіе, продолжающееся и до сихъ поръ.	31 марта 1884 г.	Меноррагія и боли исчезли, но чрезъ годъ боли снова появились.
160	I. Т. 27 лѣтъ. Замужемъ 16 мѣсяцевъ, nullipara, отъ іюня до сентября 1883 г. регулъ не было, затѣмъ появилось кровотеченіе, которое она не считала абортомъ. Dysmenorrhoea до и послѣ замужества.	4 апрѣля 1884 г.	Излѣченія нѣтъ. Удаленіе яичниковъ, Въ каждомъ изъ нихъ большой хроническій абсцессъ. Послѣ того всѣ боли въ тазу прекратились.
161	Ц. Ф. 31 года. 2 дѣтей, младшему 7 лѣтъ. Страдаетъ болью въ поясницѣ. Гиперплазія и искривленіе матки назадъ. Смѣщеніе неувеличенныхъ яичниковъ.	25 апрѣля 1884 г.	Болѣзненные симптомы совершенно исчезли.

IMLACH (XLVII).	162	I. E. 24 лѣтъ. 3 дѣтей. До поступленія въ госпиталь лежала 4 мѣсяца въ постели отъ боли въ тазу.	29 августа 1884 г.	Наиболѣе удовлетворительное излеченіе.
	163	M. P. 24 лѣтъ. 2 дѣтей. Постоянныя боли въ тазу.	5 сентября 1884 г.	Небольшое облегченіе. Вѣроятно, придется произвести кастрацію.
	164	С. Ф. дѣвушка 18 лѣтъ. 2 года уже страдаетъ меноррагіей, неподдающейся никакому леченію въ теченіи 5 послѣднихъ недѣль. Матка искривлена назадъ, подвижна. Смѣщенные яичники чувствительны.	13 декабря 1884 г.	Menorrhagia и боли совершенно исчезли.
ZEISS (LXXXIV).	165	Ф. нѣжно-сложенная, невысокаго роста женщина. Регулы съ 16 года, слегка болѣзненны, чрезъ 4 недѣли, по 3—4 дня. На 17 году вышла замужъ. Рожала 5 разъ; 3 родовъ срочныхъ, 2 преждевременныхъ на 8 мѣсяцѣ. Послѣдніе роды 13 мѣсяцевъ тому назадъ. При послѣднихъ 2 родахъ послѣдъ отдѣленъ искусственно. Послѣродовой періодъ всегда былъ нормаленъ, 3 дѣтей живы. Во время послѣдней беременности были симптомы опущенія рукава и матки, почему нѣсколько мѣсяцевъ носила пессарій. Уже 4 года жалуется на различные болѣзненные симптомы въ нижней части живота. Послѣ послѣднихъ родовъ регулы являются чрезъ 3 недѣли, обильны, сопровождаются сильными болями въ крестцѣ и въ нижней части живота, преимущественно слѣва. Скоро паціентка потеряла сонъ и апетитъ и вслѣдствіе усиливающихся болей и чувства напиранія внизъ теперь неспособна къ какой-либо работѣ. При изслѣдованіи 28 марта 1885 г. констатировано: ненормальная слабость всей мускулатуры, въ особенности покрововъ живота. Всѣ тазовые органы опущены. Матка слегка увеличена, чрезвычайно чувствительна, искривлена на-	Операція произведена въ августѣ 1885 г. Наружныя паховыя отверстія найдены въ 1,5 сант. отъ tuberculum pubicum. Связки найдены легко, труднѣе на правой сторонѣ, Вытянуты на 6—8 сант. и надрѣзаны на периферическомъ концѣ. Концы связаны между собою шелкомъ. Связки кромѣ того пришиты къ ножкамъ паховаго отверстія кэтъгутовыми швами и на уровнѣ съ кожей перетянуты такой-же лигатурой. Подъ связку съ каждой стороны положена дренажная трубка, выведенная чрезъ внутренній уголъ раны. Остальное протяженіе ранъ съ каждой стороны зашито 4—5 шелковыми швами. Пессарій Мейера.	Излеченіе произошло безъ реакціи. Дренажи удалены на 5, а швы на 7 день. Перевязанныя части связокъ мумифицировались и отдѣлились на правой сторонѣ на 10, на лѣвой на 12 день. Нижніе углы ранъ закрылись грануляціями. Паціентка, которой прежде приходилось удалять пессарій вслѣдствіе болей въ лѣвомъ яичникѣ, теперь переносила кольцо безъ всякихъ припадковъ. На 14 день матка сохраняла свое нормальное положеніе. На 15 день начались регулы безъ всякихъ болей. На 30 день больная встала и съ тѣхъ поръ, занятая почти цѣлый день легкой работой, не жалуется ни на какіе припадки, обладаетъ превосходнымъ сномъ и апетитомъ. До сихъ поръ, т. е. 6 недѣль послѣ операціи мучительныя боли въ крестцѣ и въ нижней части живота совсѣмъ не появлялись и матка лежитъ въ нормальномъ положеніи. Пессарій Мейера, который больная продол-

ZEISS (LXXIV).	165	задъ; двусторонній разрывъ шейки. Лѣвый яичникъ очень чувствителенъ, смѣщенъ. Несмотря на предпринятую въ апрѣлѣ hysterotrachelorrhaphiam, мѣстное и общее леченіе, пессаріи, состояніе больной нисколько не улучшилось, а наоборотъ ухудшилось. Боли стали такъ сильны, въ особенности смѣщенный яичникъ такъ чувствителенъ къ малѣйшему прикосновенію, что никакой пессарій уже не переносится. Только съ толстыми вяжущими тампонами больная чувствуетъ себя сносно, хотя не въ состояніи пройдти самаго короткаго разстоянія или оставаться на ногахъ безъ сильнѣйшей боли при каждомъ шагѣ.		жаетъ еще носить, препятствуетъ вполнѣ точному опредѣленію положенія яичниковъ. *Примѣчаніе.* Изъ сообщенія Zeissa на Мюнхенскомъ съѣздѣ (Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. für Gynäcol I. Kongress. Leipzig. 1886. стр. 255) видно, что паціентка только 6 недѣль носила пессарій и съ тѣхъ поръ матка лежитъ нормально. Въ февралѣ 1886 г. Ф. абортировала и вслѣдствіе недостаточной инволюціи матки послѣ аборта снова должна была носить пессарій. Послѣ же аборта на мѣстѣ лѣваго рубца образовалась небольшая грыжа. Происхожденіе грыжи Z. объясняетъ тѣмъ, что лѣвая рана заживала per secundam.
(LXVIII)	166	А. К. 30 лѣтъ. Матка ретрофлектирована и лѣвый яичникъ пролабированъ. Тянущія боли въ нижней части живота и въ спинѣ. Пессарія не переноситъ вслѣдствіе давленія на яичникъ.	28 апрѣля 1885 г.	Выписалась излѣченной. Матка въ нормальномъ положеніи.
POLK	167	М. С. 23 лѣтъ. Оба яичника пролабированы, незначительно увеличены и болѣзненны. Матка, хотя и рѣзко антефлектирована, но стоитъ очень низко. Тянущія боли въ тазу, меноррагія и лейкоррея. Descensus uteri anteflecti et ovariorum.	26 апрѣля 1886 г. Матка и яичники подняты вверхъ и впередъ.	Выписалась 26 мая. Болѣзненные симптомы исчезли. Матка и яичники въ томъ-же положеніи, что и послѣ операціи. Чувствуетъ себя прекрасно.

При анализѣ изложенныхъ оперативныхъ случаевъ, я не могу ограничиться только оцѣнкой результатовъ, какъ это дѣлаютъ въ другихъ операціяхъ, но долженъ коснуться и техники операціи и послѣ—операціоннаго періода. Я поставленъ въ необходимость это сдѣлать потому, что описываемый оперативный методъ совершенно новый, на трудности въ его техникѣ и опасности, могущія встрѣтиться въ ней и въ послѣ операціонномъ періодѣ, указываютъ многіе авторы.

Такимъ образомъ я послѣдовательно разсмотрю производство операціи съ ея особенностями, послѣ—операціонный періодъ и за тѣмъ уже буду говорить о результатахъ операціи. Такая послѣдовательность изложенія представляется важной еще потому, что въ знакомствѣ съ двумя первыми моментами операціи легко найти данныя для сужденія о ея результатахъ.

Техническія затрудненія операціи, вопросъ котораго касались всѣ хирурги и авторы, писавшіе объ этомъ оперативномъ методѣ, относятся къ отысканію и изоляціи круглыхъ связокъ.

Прежде чѣмъ говорить объ этихъ затрудненіяхъ, я долженъ указать, что 6 изъ приведенныхъ случаевъ (Набл. 38, 39, 90, 94, 125 и 142) совсѣмъ должны быть исключены изъ анализа, такъ какъ патологическое состояніе матки или сосѣднихъ тазовыхъ органовъ служило противопоказаніемъ къ производству операціи.

Изъ остальныхъ 163 случаевъ операція осталась 5 разъ (Набл. 56, 65, 66, 108 и 129) неоконченной за невозможностью найти связки или изолировать ихъ вслѣдствіе того, что онѣ рвались.

17 разъ (Набл. 57, 58, 95, 96, 97, 103, 107, 110, 114, 121, 123, 131, 132, 134, 137, 145 и 152) связки найдены и изолированы съ большими затрудненіями.

12 разъ (Набл. 57, 85, 88, 89, 95, 96, 97, 115, 123, 131, 132 и 145) могла быть изолирована и укорочена только одна связка.

Для нахожденія связокъ и ихъ изоляціи необходимо было вскрыть паховой каналъ на большемъ или меньшемъ разстояніи при 4 операціяхъ (Набл. 107, 108, 121 и 129).

Пораненіе и инвагинація брюшины въ паховой каналъ отмѣчены по одному разу (Набл. 112 и 115).

Степень укороченія связокъ при различныхъ формахъ смѣще-

нія матки извѣстна только въ 60 случаяхъ и лучше всего видна будетъ изъ слѣдующаго:

Связки укорочены:	Prolapsus uteri.	Retroversio uteri.	Retroflexio uteri.
На 2,5 сант.	1	—	—
3	1	—	—
4	2	2	1
2,5—4	9	—	16 11
5	4	3	1
6	1	—	—
7	—	—	1
7,5	4	—	1
8	1	—	1

Чтобы покончить съ технической частью операціи я долженъ здѣсь еще отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ до, одновременно или послѣ укороченія круглыхъ связокъ произведены и другія операціи на половыхъ органахъ.

Hysterotrachelorrhaphia 4 раза (Набл. 99, 139, 145 и 165).

Amputatio colli uteri 2 раза (Набл. 108 и 112).

Elytrorrhaphia anterior 2 раза (Набл. 76 (чрезъ 2 года) и 115).

Perineorrhaphia 3 раза (Набл. 101, 114 и 139).

Elytrorrhaphia anterior et Colpoperineorrhaphia 5 разъ (Набл. 75, 85, 86, 87 и 106).

Colpoperineorrhaphia 2 раза (Набл. 103 и 145).

О послѣ операціонномъ періодѣ многихъ случаевъ мы также не имѣемъ подробныхъ свѣдѣній.

t° неизвѣстна послѣ 124 операцій, въ остальныхъ 39 она была нормальна 16 разъ; повышена до 38°—12 разъ; до 38,5—3 раза; до 39°—6 разъ и 2 раза до 40°.

Способъ заживленія ранъ неизвѣстенъ въ 86 случаяхъ. Въ остальныхъ 77 заживленіе ранъ произошло 43 раза per primam intentionem и 34 раза per secundam.

Болѣе или менѣе обильное нагноеніе въ ранахъ отмѣчено 11 разъ (Набл. 57, 58, 59, 88, 89, 96, 124, 127, 128, 129 и 145).

Гнойные затеки въ окружности ранъ были въ 3 случаяхъ (Набл. 91, 96 и 119).

Erysipelas, какъ осложненіе послѣ—операціоннаго періода, отмѣчено 2 раза (Набл. 91 и 110).

Бурное теченіе послѣ-операціоннаго періода, грозившее жизни паціэнтки описано только въ одномъ случаѣ (Набл. 59).

Летальный исходъ вскорѣ послѣ операціи послѣдовалъ въ двухъ случаяхъ (Набл. 112 и 168).

Еще одинъ смертельный исходъ послѣ этой операціи описанъ Lawson Tait'омъ [1]). Паціентка явилась къ Lawson Tait'у чрезъ 13 мѣсяцевъ послѣ операціи, произведенной другимъ хирургомъ, съ какими-то странными припадками со стороны мочеваго пузыря. При изслѣдованіи найдена неподвижная, твердая масса на лѣвой сторонѣ матки. Для устраненія припадковъ со стороны мочеваго пузыря Lawson Tait сдѣлалъ пузырно-влагалищную фистулу и оставилъ ее открытой въ теченіи недѣли; затѣмъ она зажила. Паціентка нѣкоторое время чувствовала себя лучше, но затѣмъ состояніе ее снова ухудшилось и, пролежавъ мѣсяцъ въ госпиталѣ съ высокой t^0 и пульсомъ, умерла. Post mortem найдено, что все страданіе зависѣло отъ нагноенія по направленію укороченной связки.

Случай этотъ не регистрированъ и въ общемъ числѣ извѣстныхъ мнѣ будетъ 169.

Теперь по порядку изложенія мнѣ слѣдуетъ говорить объ исходахъ операціи.

Имѣя въ виду коснуться этого вопроса еще разъ въ другомъ отдѣлѣ своей работы, я рѣшился теперь передать только то впечатлѣніе, которое хирурги вынесли изъ своихъ операцій и изложить результаты въ томъ видѣ, какъ они обозначены самими операторами.

Исходы операцій должны быть разсмотрѣны съ различныхъ сторонъ. Прежде всего, конечно, по отношенію къ положенію приданному операціей смѣщенной маткѣ и яичникамъ, затѣмъ уже по отношенію къ устраненію болѣзненныхъ симптомовъ, сопровождавшихъ то или другое смѣщеніе и наконецъ—послѣдствіямъ, явившимся результатомъ самой операціи.

Для оцѣнки исходовъ операціи въ первомъ отношеніи годны

---

[1]) Brit. Gynaecol. Journ. 1885. Vol. I, стр. 266—267.

далеко не всѣ случаи. Кромѣ 6 уже исключенныхъ, въ которыхъ операція была противопоказана, мы имѣемъ еще 5 неоконченныхъ операцій, 2 съ летальнымъ исходомъ вскорѣ послѣ операціи и 5 (Набл. 71, 72, 73, 74 и 169) съ неизвѣстнымъ исходомъ.

Въ остальныхъ 151 результаты укороченія круглыхъ связокъ по отношенію къ исправленію положенія матки при различныхъ формахъ ея смѣщенія распредѣлились слѣдующимъ образомъ.

Таблица III.

Исходъ операціи.	Retroversio uteri.	Retroflexio uteri.	Prolapsus uteri.	Форма смѣщенія неизвѣстна.
Операція не имѣла успѣха.	—	3 (69, 70 и 145)	2 (99 и 110)	—
Смѣщеніе рецидивировало чрезъ болѣе или менѣе короткій промежутокъ.	1 (58)	4 (60, 61, 62, 64)	2 (30 и 37)	—
Больная продолжаетъ носить пессарій.	—	—	1 (36)	—
Матка приняла нормальное положеніе, но дно ея осталось искривленнымъ взадъ.	—	2 (136 и 153)	—	—
Матка приняла положеніе не рѣзкой антеверсіи.	3 (120, 121, 122)	—	3 (78, 91, 114)	—
Матка приняла положеніе незначительнаго prolapsus uteri anteverti.	—	1 (133)	—	—
Матка приняла нормальное положеніе, но о результатахъ еще судить преждевременно.	1 (128)	4 (146, 147, 148 и 152)	2 (107 и 113)	—
Матка приняла нормальное положеніе	22 [(16—26), 57, 59, 116, 117, 118, 119, 126, (122 — 124), 127 и 130]	31 [63, 131, 132, 134, 135, 143, (137 — 141), 144, 149, 150, 151, 67, 68 и (154—167)]	47 [(1—9), (27—29), (31—35), (75—77), 92, (79—89), 93, (95—98), 109, (100 — 106), 111 и 115]	6 (10—15)
	16 (40 — 55) (Retroversio и Retroflexio)			
	27	45	57	6
	16 (Retroversio и Retroflexio)			

И такъ въ 151 случаѣ исходы операціи оказались слѣдующими:

Матка приняла нормальное положеніе . . . . 122 раза
Матка приняла нормальное положеніе, но наблюденія еще недостаточно продолжительны . . . . 7 разъ
Операція не имѣла успѣха или невполнѣ исправила положеніе матки . . . . 15 »
Операціей создана другая форма неправильнаго положенія матки. . . . . 7 »

Для леченія исключительно опущенія яичниковъ укороченіе круглыхъ связокъ примѣнялось только 1 разъ, большею же частью операціей пользовались для этой цѣли въ такихъ случаяхъ, гдѣ смѣщеніе яичниковъ сопровождало какое либо неправильное положеніе матки;—въ приведенныхъ случаяхъ—ретрофлексіи.

Изъ 24 такихъ операцій въ 14 положеніе яичниковъ исправлено и въ 10 операція не имѣла успѣха.

Болѣзненные припадки операціей устранены не во всѣхъ случаяхъ. Изъ 122, въ которыхъ матка приняла нормальное положеніе, болѣзненные симптомы исчезли въ 99, въ 17 продолжаются и о 6 свѣдѣній не имѣется. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзненные припадки продолжаются они зависятъ отъ измѣненій яичниковъ или другихъ сосѣднихъ органовъ.

Что касается послѣдствій, которыя операція влечетъ за собой, то, какъ извѣстно, указываютъ только на два. Первое изъ нихъ приводится какъ серьезное возраженіе противъ операціи и заключается въ томъ, что операціей создается изъ одного неправильнаго положенія другое, вслѣдствіе ненормальнаго укрѣпленія матки. Второе—въ возможности образованія паховой грыжи.

Результаты операціи въ первомъ отношеніи мною уже указаны. Изъ 150 случаевъ въ 7 получилось другое ненормальное положеніе матки. Для втораго въ приведенныхъ случаяхъ также имѣются указанія. Паховыя грыжи, какъ послѣдствія операціи извѣстны въ одномъ случаѣ Zeiss'a (набл. 165) и въ двухъ случаяхъ Imlach'a [1]) произошли слабые намеки на грыжу, такъ что паціентки должны были носить предохранительный бандажъ.

---

[1]) Edinb. med. Journ. 1884—85. Vol. XXX. p. II, стр. 918.

Въ заключеніе я долженъ еще указать, что нѣкоторыя изъ паціентокъ, подвергшихся операціи впослѣдствіи рожали. Беременность и роды протекали правильно и матка послѣ родовъ сохраняла нормальное положеніе. У одной изъ больныхъ Imlach'a было поперечное положеніе плода и легкій параметритъ, но едва ли это должно быть поставлено въ зависимость отъ предшествовавшей операціи.

Историческій очеркъ и казуистика описываемой операціи рисуютъ намъ ея положеніе ко времени, когда я пишу свою работу. Бѣглаго знакомства съ заключеніями, изложенными въ концѣ историческаго очерка, и результатами операціи достаточно, чтобы не только убѣдиться въ разнообразіи полученныхъ результатовъ и мнѣній о достоинствѣ и примѣненіи операціи въ отдѣльныхъ случаяхъ, но и оправдать появленіе новаго изслѣдованія по этому вопросу даже и въ настоящее время. Далеко не таковымъ было положеніе операціи въ то время, когда въ началѣ прошлаго академическаго года я сталъ знакомиться съ этимъ вопросомъ. Работы многихъ англійскихъ авторовъ (Nancrede, Polk, Harrington, Herman, Sinclair, Mundé) появились только или въ концѣ 1885 года, или въ 1886 году. На европейскомъ континентѣ извѣстна была только одна операція Zeissa. Работы французскихъ авторовъ (Doleris, Ricard, Tissier, Beurnier, Manrique), сдѣлавшихъ много для этой операціи, появились также въ то время, когда часть моихъ наблюденій уже была сдѣлана. Появленіе новыхъ работъ, правда, отчасти разъясняло нѣкоторыя стороны затронутаго вопроса, но еще болѣе разнообразило существующія о немъ мнѣнія и тѣмъ болѣе побуждало заняться провѣркой операціи. Видѣнные мною въ клиникѣ профессора К. Ѳ. Славянскаго результаты операціи и трудности при ея производствѣ могли еще только болѣе способствовать такому побужденію. Вотъ почему я продолжалъ свои наблюденія даже послѣ появленія такой солидной работы, какъ Manrique'a, и рѣшился сказать теперь свое мнѣніе объ этомъ новомъ оперативномъ методѣ, уже пріобрѣвшемъ себѣ право гражданства въ Англіи и частью во Франціи и Америкѣ.

III.

Мои собственныя изслѣдованія, какъ я уже выше сказалъ, состояли изъ операцій на трупахъ и наблюденій надъ больными съ различными формами неправильныхъ положеній матки, для леченія которыхъ примѣнено было укороченіе круглыхъ связокъ.

О своихъ клиническихъ наблюденіяхъ я буду говорить позже. Теперь же я остановлюсь на своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ.

Производя операціи на трупахъ, я, главнымъ образомъ, хотѣлъ провѣрить ея техническія затрудненія и опасности, указываемыя многими авторами, изучить вліяніе укороченія связокъ на положеніе матки и другихъ тазовыхъ органовъ и въ полученныхъ при этомъ результатахъ, если возможно будетъ, найти анатомическія и физіологическія объясненія для описываемой операціи.

Назвавъ свои анатомическія изслѣдованія операціями, я тѣмъ указалъ и планъ, по которому произведены мои изслѣдованія, такъ что могу не описывать производства операціи, вполнѣ сходнаго со способомъ, предложеннымъ Alexander'омъ, а прямо излагать полученные мною при операціяхъ результаты. Я могу это сдѣлать съ тѣмъ большимъ правомъ, что уже приведенное мною описаніе одной изъ такихъ операцій Manrique'а даетъ вполнѣ ясное представленіе о деталяхъ способа, котораго и я держался при своихъ изслѣдованіяхъ.

На трупахъ я производилъ только операцію и шагъ за шагомъ слѣдилъ за различными моментами, начиная съ распознавательныхъ точекъ для проведенія первоначальнаго разрѣза и кончая вліяніемъ, которое оказывало укороченіе круглыхъ связокъ на положеніе тазовыхъ органовъ.

Въ этомъ же порядкѣ будутъ изложены и результаты моихъ изслѣдованій.

Благодаря любезному разрѣшенію г. прозектора К. Н. Виноградова я могъ воспользоваться для своихъ изслѣдованій 30 трупами изъ Обуховской больницы, но полученные мною результаты основаны только на 24 наблюденіяхъ, такъ какъ на первыхъ 6 трупахъ я только изучалъ технику операціи.

Крайнія границы возраста женщинъ, на трупахъ которыхъ я производилъ свои изслѣдованія, 14 лѣтъ и 72 года.

По состоянію половыхъ органовъ наши 24 случая должны быть раздѣлены на 2 группы: 1) Матка вполнѣ подвижна и 2) Матка неподвижна или движенія ея въ большей или меньшей степени ограничены.

Въ первой группѣ мы могли констатировать 9 разъ нормальное положеніе матки (1 послѣродовая), 3 раза retroflexio uteri и по одному разу retroversio uteri, prolapsus uteri et vaginae, retroflexio uteri post partu.

На вторую группу приходится: 3 случая cancer uteri et vaginae, по одному случаю hydrosalpinx, carcinoma ovariorum et peritonei, cancer uteri съ гнойнымъ эксудатомъ въ полости таза, retropositio uteri вслѣдствіе сращеній въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, нормальное положеніе матки съ толстыми ложными перемычками, идущими отъ задней поверхности матки къ сосѣднимъ органамъ, и въ одномъ случаѣ матка была такъ закрыта сращеніями, что положенія ея нельзя было опредѣлить.

Само собою понятно, что операція была показана только въ первой группѣ случаевъ и только на нихъ мы будемъ указывать, говоря о вліяніи укороченія связокъ на положеніе матки, но и вторая группа случаевъ оказывается годной для оцѣнки другихъ моментовъ операціи, къ изложенію которыхъ мы теперь переходимъ.

1) Руководящими точками для проведенія первоначальнаго (кожнаго) разрѣза при операціи обозначены tuberculum pubicum, наружное отверстіе паховаго канала и lig. Poupartii.

Tuberculum pubicum болѣе или менѣе ясно могъ быть опредѣленъ во всѣхъ нашихъ случаяхъ. Lig. Poupartii была рѣзко очерчена въ 14 случаяхъ, въ 7 неясно и въ 3 я ее совсѣмъ не могъ прощупать. Наружное отверстіе паховаго канала могло быть точно опредѣлено 9 разъ, 8—неясно и въ 7 не могло быть найдено. Затрудненіе при отысканіи lig. Poupartii зависитъ исключительно отъ обилія жира въ подкожной клѣтчаткѣ, но наружное отверстіе паховаго канала съ трудомъ прощупывается не только у жирныхъ субъектовъ, но иногда и у худыхъ.

Такимъ образомъ для проведенія разрѣза въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ всѣ распознавательныя точки будутъ ясны, мы можемъ себѣ

начертить линію, которая, начинаясь непосредственно у tuberculum pubicum, направится вверхъ и наружу надъ срединой наружнаго отверстія паховаго канала и съ пупартовой связкой, надъ которой она проведена, образуетъ небольшой острый уголъ, открытый кнаружи и вверхъ.

Въ большинствѣ случаевъ мы будемъ имѣть только tuberculum pubicum руководящей точкой и въ остальномъ должны будемъ пользоваться анатомическимъ знаніемъ области, въ которой мы оперируемъ.

Длина разрѣза также зависитъ отъ дородности субъекта. Въ большинствѣ случаевъ достаточно разрѣза отъ 5—6 сант. Чтобы точнѣе опредѣлить длину разрѣза мы можемъ сказать слѣдующее: Разрѣзъ долженъ быть проведенъ вверхъ и кнаружи на столько, чтобы v. abdominalis Halleri, проходила въ верхнемъ углу раны.

Разрѣзъ можно смѣло вести въ глубь до появленія блестящаго сухожильнаго растяженія musculi obliqui abdoninis externi. На этомъ пути, долженъ я повторить вмѣстѣ съ Alexander'омъ, очень легко впасть въ ошибку, принявъ утолщенную laminam profundam fasciae superficialis за апоневрозъ наружной косой мышцы. Я указываю на это потому, что 2 раза самъ былъ введенъ въ такую ошибку въ послѣднихъ своихъ операціяхъ.

2) Дойдя до сухожильнаго растяженія, слѣдуетъ теперь отыскать наружное отверстіе паховаго канала. На трупахъ всего удобнѣе для этой цѣли пользоваться ощупываніемъ и осмотромъ нижняго, внутренняго угла раны при разведеніи ея краевъ. Рекомендуемое Alexander'омъ отыскиваніе паховаго отверстія введеннымъ въ рану пальцемъ и только уже въ случаѣ неудачи осмотромъ раны неудобно потому, что оно легко можетъ ввести въ ошибку, на которую самъ Alexander указалъ, т. е. за паховое отверстіе можно принять одно изъ другихъ, образуемыхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ расщепленіемъ волоконъ сухожилія musculi obliqui externi, которое по консистенціи вполнѣ сходно съ нимъ (паховымъ отверстіемъ). Imlach потверждаетъ возможность такой ошибки. Я тоже долженъ присоединиться къ этому мнѣнію, найдя въ одномъ изъ своихъ случаевъ снутри и рядомъ съ паховымъ отверстіемъ другое такой-же величины, наполненое жиромъ.

Помимо этого ощупываніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ не даетъ

никакихъ результатовъ, а въ другихъ можетъ оставить оперирующаго подъ сомнѣніемъ.

Хотя для отысканія наружнаго отверстія паховаго канала и даны анатомическія точки, по которымъ можно оріентироваться, но, главнымъ образомъ, все же приходится руководствоваться разницей въ консистенціи паховаго отверстія и сосѣднихъ тканей. Разница въ консистенціи исключительно зависитъ отъ количества жировой клѣтчатки, наполняющей паховое отверстіе. Присутствіе же жира является слишкомъ невѣрнымъ признакомъ, потому что количество его зависитъ отъ питанія субъекта, которое, конечно, можетъ быть весьма разнообразно.

Я не говорю о ножкахъ паховаго отверстія, которыми бы слѣдовало руководиться при его отысканіи, потому, что и другіе авторы умалчиваютъ объ этомъ кажущемся вѣрнымъ признакѣ. Это умалчиваніе стало для меня яснымъ уже послѣ того, какъ я сдѣлалъ свои наблюденія. Ножки наружнаго отверстія паховаго канала далеко не всегда на столько хорошо выражены, чтобы по нимъ распознать отверстіе.

На трупахъ осмотръ даетъ лучшіе результаты, чѣмъ ощупываніе.

Если разрѣзъ проведенъ тщательно до апоневроза, то въ случаяхъ, гдѣ паховое отверстіе хорошо развито, мы, по разведеніи краевъ раны, можемъ видѣть ближе къ ея нижнему, внутреннему углу, направляющіяся косо и поперекъ волокна fasciae intercolumnaris и рѣзко очерченные контуры ножекъ паховаго отверстія. Конечно, введеннымъ въ рану пальцемъ при этихъ условіяхъ легко найти отверстіе, но гдѣ оно недостаточно или слабо развито, тамъ ощупываніе не даетъ никакихъ результатовъ или сомнительные, а при осмотрѣ отверстіе легко распознать по просвѣчивающему изъ подъ интерколумнарной фасціи жиру и извивающимся въ немъ сосудамъ.

Изъ нашихъ 24 случаевъ мы введеннымъ въ рану пальцемъ въ 14 легко могли найти паховое отверстіе. Ножки его не во всѣхъ этихъ случаяхъ были рѣзко выражены, чтобы только по нимъ можно было распознать отверстіе, въ нѣкоторыхъ его можно было отличить только по разницѣ въ консистенціи тканей. Паховое отверстіе во всѣхъ этихъ случаяхъ было достаточно широко.

Въ 8 случаяхъ ощупыванія пальцемъ было недостаточно для его распознаванія и заставляло сомнѣваться въ вѣрности опредѣленія. Осмотръ раны всегда разрѣшалъ эти сомнѣнія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ паховое отверстіе было узко, ножки его слабо развиты.

Въ 2 случаяхъ ни ощупываніе, ни осмотръ раны не дали никакихъ результатовъ и для отысканія связки я провелъ разрѣзъ по направленію къ tuberculum pubicum, руководясь только навыкомъ, полученнымъ при предъидущихъ операціяхъ. Обнаженное при этомъ паховое отверстіе походило скорѣе на созданное препарованіемъ. Оно было очень мало, ножки его совсѣмъ не выражены, отыскиваніе и изоляція въ немъ связки представляло большія затрудненія.

Затрудненія при отыскиваніи паховаго отверстія я не могу поставить въ связи съ патологическими процессами, найденными на трупахъ. Точно также матеріалъ мой слишкомъ недостаточенъ для того, чтобы поставить величину паховаго отверстія въ зависимость отъ беременности и родовъ. Большая часть женщинъ, на трупахъ которыхъ я производилъ свои изслѣдованія, рожали. Больше всего я склоненъ объяснить различіе въ развитіи и величинѣ наружнаго отверстія паховаго канала разницей въ общемъ развитіи и крѣпости мускулатуры того или другаго субъекта.

Если паховое отверстіе найдено, то fasciam intercolumnarem слѣдуетъ перерѣзать и тщательно отпрепаровать ножки паховаго отверстія, послѣ чего уже можно приступить къ отысканію связки.

Если паховое отверстіе не найдено, то лучше прекратить операцію, потому что уже имѣется шансъ для ея дальнѣйшаго неуспѣха, а трудности, которыя при этомъ представляются при отысканіи связки на трупѣ, гдѣ оперируютъ легче и свободнѣй, даютъ вѣрную гарантію того, что на живой операція останется неоконченной.

3) Отыскивать связку раньше обнаженія паховаго отверстія не слѣдуетъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ концевыя волокна связки, выходящія изъ наружнаго паховаго отверстія, и замѣтны въ клѣтчаткѣ нижняго угла раны.

Наружный конецъ круглой связки, по обнаженіи паховаго отверстія, въ нашихъ 24 случаяхъ представлялся въ слѣдующемъ видѣ:

16 разъ мы могли замѣтить концевыя волокна связки въ видѣ

болѣе или менѣе объемистыхъ вѣерообразныхъ пучковъ разсыпающихся въ жировой клѣтчаткѣ, наполняющей наружное отверстіе паховаго канала. По окраскѣ эти пучки волоконъ рѣзко отличались отъ окружающаго ихъ жира. Цвѣтъ ихъ былъ желтовато-красный или блѣдно-мясной, какъ его называетъ Alexander. Всегда пучки волоконъ были пронизаны спирально извивающимся въ нихъ сосудомъ. Этотъ послѣдній признакъ на столько характеренъ для связки, что только по немъ можно отыскивать связку. (Первой группы—11 случаевъ; второй—5).

1 разъ характернаго окрашиванія связки не замѣчено и она найдена только по сосуду, спирально извивавшемуся въ жировой клѣтчаткѣ. (Первой группы).

Одинъ разъ связка была найдена въ видѣ изолированнаго круглаго шнурка, свободно двигавшагося подъ пальцемъ еще даже до разрѣза fasciam intercolumnarem (первой группы).

Два раза я нашелъ въ паховомъ отверстіи пучекъ кровеносныхъ сосудовъ, связанныхъ между собой небольшимъ количествомъ соединительной ткани. Жировая клѣтчатка была вполнѣ атрофирована (по одному случаю въ той и другой группѣ).

4 раза конца связки нельзя было распознать и отыскивать ее нужно было на протяженіи (первой группы—1 случай и второй—3).

Вѣтвью nervi genito-cruralis, проходящей впереди связки и сосудистыми стволами позади нее, указанными Alexander'омъ для руководства при отысканіи связки нельзя пользоваться для распознаванія ея наружнаго конца. Нервъ не видѣнъ при обнаженіи паховаго отверстія и его нужно отыскать и изолировать и когда это удается, то связка и безъ того уже представляется настолько характерной, что ее можно распознать и безъ нерва. Сосуды лежатъ позади связки и ихъ также нужно искать, къ тому же предварительно поднявъ все содержимое паховаго отверстія, что едва ли удобно. Дѣло вѣдь идетъ въ подобныхъ случаяхъ о трудности въ отысканіи наружнаго конца связки и всякое смѣщеніе тканей еще больше затруднитъ операцію. Если сосуды даже были бы найдены, то захватить ихъ и по нимъ слѣдить за связкой не безопасно въ виду возможности пораненія или разрыва сосудовъ.

Самымъ характернымъ признакомъ является цвѣтъ наружнаго

конца связки и извивающійся въ немъ сосудъ. Подробнѣе передать въ описаніи впечатлѣніе, которое получается при видѣ наружнаго конца связки, невозможно и большая или меньшая легкость въ распознаваніи добывается навыкомъ.

Изъ сдѣланнаго мной обозначенія, къ какой группѣ относится тотъ или другой видъ наружнаго конца связки, ясно, что трудности въ распознаваніи связки относятся главнымъ образомъ къ случаямъ, гдѣ имѣлись большею частью воспалительные процессы въ половыхъ органахъ.

4) Для изоляціи связки одни авторы рекомендуютъ поднять аневризматической иглой все содержимое наружнаго паховаго отверстія и, постепенно вытягивая его, изолировать въ немъ связку, другіе наоборотъ совѣтуютъ тотчасъ начать дѣлить жировую клѣтчатку на отдѣльные пучки и слѣдить уже за одной связкой. Ни того, ни другаго нельзя сдѣлать, по моему мнѣнію, общимъ правиломъ для всѣхъ случаевъ.

Тамъ, гдѣ нѣтъ сомнѣній относительно того, что наружный конецъ связки дѣйствительно найденъ, и онъ представляется или въ видѣ изолированнаго круглаго шнурка, или объемистаго вѣерообразнаго пучка, способнаго выдержать осторожныя тракціи, можно захватить только одинъ конецъ связки и, осторожно вытягивая его, изолировать. Въ случаяхъ, гдѣ наружный конецъ связки не представляетъ ничего характернаго или заставляетъ сомнѣваться относительно того, что найдено, и желательно отыскать еще и другіе признаки для вѣрнаго опредѣленія связки, лучше захватить все содержимое паховаго отверстія и, осторожно вытягивая его, отыскивать въ немъ и изолировать связку. Удобнѣе это еще и потому, что при подобныхъ условіяхъ наружный конецъ связки представляется столь малымъ и нѣжнымъ, что или его трудно захватить щипцами, а при возможности — легко разрушить или порвать при дальнѣйшихъ тракціяхъ.

Тамъ, гдѣ связка представляетъ пучекъ сосудовъ, какъ это было въ моихъ двухъ случаяхъ, лучше и не пытаться изолировать ее. Связки при подобныхъ условіяхъ тонки, хрупки, крѣпко срощены съ сосѣдними тканями и должны быть изолированы на значительномъ протяженіи скальпелемъ и все же нельзя быть увѣреннымъ, что ихъ можно будетъ вытянуть.

Описывать, сколько пучковъ и какіе должны быть перерѣзаны для изоляціи связокъ, едва ли необходимо. Если сказать, что связка должна быть тщательно отдѣлена отъ всѣхъ своихъ прикрѣпленій къ ножкамъ и стѣнкамъ паховаго канала, и что изоляція должна быть производима до тѣхъ поръ, пока связка не начнетъ свободно двигаться въ паховомъ каналѣ, то этимъ сказано все. Пока связка еще не вполнѣ изолирована, она очень мало поддается тракціямъ, когда же связка вполнѣ отдѣлена, то она начинаетъ такъ свободно вытягиваться, что кажется будто связка порвалась.

При изоляціи связки постоянно приходится отдѣлить нѣсколько пучечковъ musculi obliqui abdominis interni, которые по своему виду легко могутъ быть смѣшаны со связкой въ тѣхъ случаяхъ, когда она не имѣетъ своихъ характерныхъ признаковъ. Я былъ введенъ въ такую ошибку 3 раза. Рекомендуемое Manrique'омъ потягиваніе захваченнаго пучка для разъясненія подобныхъ ошибокъ весьма раціонально, потому что оно указываетъ его дальнѣйшее направленіе, напрягая ткани, отъ которыхъ происходитъ захваченный пучекъ.

Я долженъ согласиться съ Manrique'омъ и въ томъ, что при отдѣленіи связки отъ сосѣднихъ тканей удобнѣе часть ихъ оставлять на связкѣ въ виду того, что связки иногда бываютъ очень тонки и легко могутъ порваться при дальнѣйшихъ тракціяхъ; кромѣ того толстый шнурокъ удобнѣе вшивать въ рану.

Лучше всего производить изоляцію связки тупымъ инструментомъ, но это не всегда возможно; иногда приходится прибѣгать къ рѣжущимъ. Что изоляція должна быть произведена очень осторожно и постепенно, само собою понятно изъ описанія наружнаго конца связки.

Говоря далѣе о затрудненіяхъ при изоляціи связокъ, я имѣю въ виду только первую группу случаевъ. Не считая того случая, гдѣ связка найдена въ видѣ сосудистаго пучка и гдѣ операцію не слѣдовало продолжать, я изъ 14 только въ трехъ встрѣтился съ затрудненіями при изоляціи связокъ, потребовавшими употребленія скалпеля и ножницъ. Въ двухъ изъ этихъ послѣднихъ случаевъ связки были такъ крѣпко соединены съ сосѣдними тканями, что я опасался порвать ихъ при тракціяхъ, необходимыхъ

для изоляціи, и счелъ болѣе удобнымъ вскрыть на нѣкоторомъ протяженіи паховой каналъ. Въ остальныхъ—связки то рыхлѣе, то плотнѣе были соединены съ сосѣдними тканями и затрудненій для изоляціи не представляли. Изоляцію, какъ я уже сказалъ, можно считать оконченной тогда, когда связка начинаетъ свободно двигаться въ паховомъ каналѣ. Достигается же это послѣ того, когда вытянуты отрѣзки связокъ различной длины; въ моихъ случаяхъ отъ 1,5—5,5 сант. Причинъ этихъ колебаній я коснусь позже.

Когда связка изолирована, то она представляется въ видѣ бѣлесоватаго, сухожильнаго, блестящаго шнурка на столько характернаго, что его трудно съ чѣмъ либо смѣшать. Такой шнурокъ отлично выдерживаетъ тракціи и не легко рвется. Самыя тонкія связки, но очень крѣпкія замѣчены мною у 14-лѣтней дѣвушки. У пожилыхъ женщинъ, въ случаѣ пролапса, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка была увеличена, связки сравнительно были толще, чѣмъ въ остальныхъ. Вліяніе дородности субъекта на толщину связокъ мною не констатировано.

Во второй группѣ случаевъ наоборотъ связки представлялись тонкими, хрупкими и легко рвались, изолировались съ трудомъ или изоляція совсѣмъ не удавалась и только въ 4 случаяхъ можно было съ трудомъ вытянуть связки на значительную длину— 2 раза до 7 сант.

5) Инвагинацію брюшины въ паховой каналъ до его наружнаго отверстія я замѣтилъ только 5 разъ, при вытягиваніи связокъ отъ 9,5—15 сант.

Вскрывая по окончаніи операціи полость живота, я съ перваго же наблюденія могъ убѣдиться въ томъ, что соотвѣтственно внутреннимъ отверстіямъ паховаго канала образуются воронки, въ которыя втянута брюшина въ видѣ складокъ. Слѣдя за этимъ при каждой операціи, я могъ констатировать образованіе такихъ воронокъ въ 9 случаяхъ. 5 изъ нихъ соотвѣтствовали тѣмъ наблюденіямъ, въ которыхъ замѣчена инвагинація брюшины до наружнаго паховаго отверстія; въ 4 остальныхъ, гдѣ связки вытянуты отъ 8—18 сант., инвагинаціи брюшины снаружи не замѣчено. Длина образовавшихся воронокъ колебалась отъ 1,5— 3,5 сант. Размѣры воронокъ нисколько не зависѣли отъ длины,

на которую вытянуты связки. У одного и того-же субъекта, при вытягиваніи обѣихъ связокъ на 10 сант., на правой сторонѣ образовалась воронка въ 1,5 сант., на лѣвой въ 2,5 сант. Вытянувъ связки на 18 сант. для того, чтобы придать положеніе рѣзкой антеверсіи ретрофлектированной послѣродовой маткѣ, я нашелъ воронки только въ 2 сант. При 12 сант.—воронки были въ 3,5 сант. и при 9,5=3 сант. Болѣе глубокія воронки были въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ брюшина замѣчена у наружнаго отверстія паховаго канала. Воронки получались и при нормальномъ положеніи матки и при ея смѣщеніяхъ.

Если инвагинація брюшины достигла такихъ размѣровъ, что брюшина показывается за наружнымъ отверстіемъ паховаго канала, то ее тегко распознать по бѣловатому диску, образуемому брюшиной на дальнемъ концѣ связки и по тому, что связка сразу конусообразно утолщается. Дискъ соотвѣтствуетъ вершинѣ конуса.

Желая устранить инвагинацію брюшины, я старался сдвигать брюшину возможно дальше назадъ пальцами или рукояткой скальпеля. Это большею частью удавалась легко, (хотя и было связано съ рискомъ поранить брюшину, что и случилось дважды), но не приносило никакой пользы. Связка при этомъ вытягивается все больше и больше до тѣхъ поръ, пока яичники не дойдутъ до внутренняго отверстія паховаго канала, а съ вытягиваніемъ связки снаружи появляются новыя части брюшины.

Воронки всегда были образованы изъ брюшины, отслоившейся отъ круглыхъ связокъ, при ихъ вытягиваніи.

6) Кромѣ указанныхъ уже случаевъ пораненія брюшины, я при остальныхъ операціяхъ на первой группѣ труповъ съ этимъ осложненіемъ не встрѣтился.

Canalis Nuckii я ни разу не нашелъ на всѣхъ 30 трупахъ.

7) Я уже упомянулъ о затрудненіяхъ при изоляціи связокъ на 2 группѣ труповъ. Въ тѣхъ 4 случаяхъ, гдѣ изолировать связки удалось, онѣ все же никогда не двигались свободно въ паховомъ каналѣ и уже при вытягиваніи на 5 сант. можно было замѣтить инвагинацію брюшины.

Осматривая внутреннее отверстіе паховаго канала, я могъ замѣтить, что круглая связка въ этихъ случаяхъ вдвигается въ паховой каналъ вмѣстѣ съ покрывающей ее брюшиной. Брюши-

ная же воронка образуется на счетъ втягиванія брюшины съ передней стѣнки живота и частью съ боковыхъ стѣнокъ таза. Складокъ брюшины при этомъ нельзя было замѣтить, наоборотъ она была сильно натянута вокругъ внутренняго паховаго отверстія. При попыткѣ сдвинуть брюшину назадъ, она тотчасъ же рвалась.

Чтобы покончить съ этой группой, я долженъ дополнить эти наблюденія тѣмъ, что приложеннымъ къ влагалищной части пальцемъ нельзя было ощущать движенія матки даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ связки были вытянуты на 7 сант. При вскрытой полости живота можно было замѣтить, что матка или очень мало или совсѣмъ не поддается тракціямъ связокъ.

Такое же наблюденіе и до меня сдѣлано Manrique'омъ. Описывая его изслѣдованія, я указалъ на важность этого наблюденія для объясненія неуспѣха операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Конечно, и въ моихъ, и въ случаяхъ Manrique'а для операціи существовали противупоказанія, но съ такимъ фактомъ мы можемъ встрѣтиться и тамъ, гдѣ операція будетъ показана.

Отыскивая причину того, что матка не поддается тракціямъ связокъ, я не могъ ее отнести къ неподвижности матки, такъ какъ въ случаяхъ, гдѣ вытягиваніе связокъ удалось (Hydrosalpinx, 2 раза cancer uteri, нормальное положеніе матки съ ложными перепонками отъ ея задней стѣнки), матка настолько сохранила свою подвижность, что при комбинированномъ изслѣдованіи ее свободно можно было передвинуть на нѣсколько сантим. впередъ. Неподвижность матки, затрудненія при вытягиваніи связокъ, ранняя инвагинація брюшины могли быть объяснены только тѣмъ, что связка была такъ крѣпко сращена съ брюшиной, что съ трудомъ могла быть отдѣлена отъ нее скалпелемъ. Сращеніе съ брюшиной, препятствуя свободному движенію связки, допускало вытягиваніе послѣдней соотвѣтственно степени ея упругости. Полостная часть круглой связки почти не поддавалась тракціямъ и очень незначительною своею частью вдвигалась въ паховой каналъ. Результатомъ этого являлась и ранняя инвагинація брюшины и отсутствіе движеній матки при тракціяхъ связокъ.

Такъ какъ сращеніе связокъ съ брюшиной есть результатъ протекшихъ воспалительныхъ процессовъ, то понятно, что съ

констатированнымъ фактомъ мы можемъ встрѣтиться и въ нашей клинической дѣятельности.

Что воспалительные процессы въ серозномъ покровѣ и клѣтчаткѣ матки и ея придатковъ могутъ протекать безъ всякихъ послѣдствій для подвижности матки,—фактъ всѣмъ извѣстный. Если даже въ результатѣ воспалительнаго процесса и останутся ложныя перемычки, то и онѣ со временемъ могутъ такъ растянуться, что не будутъ оказывать никакого вліянія на подвижность матки. Къ тому же онѣ могутъ быть такъ тонки, что не будутъ распознаны при изслѣдованіи. Были ли вовлечены круглыя связки въ существовавшій воспалительный процессъ, при подобныхъ условіяхъ рѣшить трудно или вѣрнѣе невозможно. Результатомъ же этого будетъ то, что противупоказаній къ операціи при подвижности матки въ этихъ случаяхъ мы не найдемъ. Въ ряду другихъ и такія больныя будутъ подвергнуты операціи. Связки съ указанными затрудненіями и осложненіями будутъ вытянуты на большую или меньшую длину безъ всякаго вліянія на положеніе матки и операція не будетъ имѣть успѣха.

Изъ сказаннаго уже ясно, что предусмотрѣть подобные случаи трудно, а потому констатированный фактъ пріобрѣтаетъ еще большую важность тѣмъ, что онъ значительно усложняетъ противупоказанія къ операціи.

8) Вопросъ о томъ, насколько необходимо вытянуть связки для того, чтобы придать маткѣ нормальное положеніе, не разрѣшается моими изслѣдованіями. Изъ 15 случаевъ первой группы только въ 6 положеніе матки было неправильно. Въ одномъ изъ этихъ послѣднихъ (retroflexio) связка найдена въ видѣ сосудистаго пучка и этотъ случай долженъ быть исключенъ.

Такимъ образомъ говорить можно только о 5, въ которыхъ получилось слѣдующее: Чтобы удержать редрессированную матку въ нормальномъ положеніи, необходимо было вытянуть связки при prolapsus uteri на 9,5 сант.; retroversio uteri на 7,5 сант.; retroflexio uteri (2 случая) на 8 и 9,5 сант. и retroflexio uteri post partu на 13,5 сант. Допуская, что я вполнѣ точно устанавливалъ матку въ нормальномъ положеніи, и тогда полученнымъ результатамъ нельзя придавать особаго значенія. При одной и той же формѣ смѣщенія (retroflexio) длина вытянутыхъ связокъ

уже была различна и одинъ разъ равнялась длинѣ вытянутыхъ связокъ при prolapsus uteri, гдѣ portio vaginalis находилась между наружными половыми частями.

Правда, мой матеріалъ слишкомъ недостаточенъ, чтобы по немъ дѣлать выводы, но и при болѣе обильномъ, рѣшеніе затронутаго вопроса должно представлять задачу, если не совсѣмъ невозможную, то очень трудную.

Невозможность или затрудненія въ рѣшеніи этого вопроса лежатъ прежде всего въ самой сущности патологическихъ формъ, для леченія которыхъ примѣняется укороченіе круглыхъ связокъ. Въ самомъ названіи наклоненіе или искривленіе матки дано понятіе о томъ, что мы можемъ встрѣтить различныя степени уклоненія матки отъ нормальнаго положенія. И дѣйствительно, кто же не знаетъ, что у двухъ рядомъ лежащихъ больныхъ съ діагнозомъ retroflexio uteri, мы у одной можемъ найти очень небольшой уголъ искривленія, а у другой найдемъ матку опрокинутой на тазовое дно. Я не говорю уже о пролапсѣ, гдѣ степень смѣщенія колеблется отъ незначительнаго опущенія матки, до ея полнаго выпаденія за наружныя половыя части. Итакъ, степень наклоненія, искривленія, опущенія представляетъ большія колебанія; понятно вмѣстѣ съ ней колеблется и длина круглыхъ связокъ, смѣщенныхъ вмѣстѣ съ маткой, а этого одного уже достаточно для того, чтобы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ неправильнаго положенія матки, связки необходимо было вытянуть на различную длину.

На трупахъ рѣшеніе интересующаго насъ вопроса усложняется еще тѣмъ, что мы имѣемъ дѣло съ мертвыми тканями, которыя могутъ быть легко растянуты. Растяженіе связокъ при ихъ вытягиваніи, въ особенности до того момента, когда онѣ начинаютъ свободно двигаться, можно замѣтить при каждой операціи. Степень растяженія связокъ, находясь въ зависимости отъ различныхъ условій (толщины связокъ, большаго или меньшаго преобладанія въ нихъ мышечной или соединительной ткани, силы тракцій и трудности въ изолированіи связокъ) будетъ, конечно различна для каждаго отдѣльнаго случая.

Только растяженіемъ связокъ и можно объяснить, что послѣ изоляціи онѣ оказывались вытянутыми на различную длину

(1,5—5,5 сант.) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы не могли замѣтить никакихъ патологическихъ измѣненій круглыхъ связокъ.

Этимъ же (растяженіемъ связокъ) можно объяснить и другой странный фактъ, съ которымъ я встрѣтился при своихъ наблюденіяхъ.

Вытягивая въ 8 случаяхъ нормальнаго положенія матки круглыя связки настолько, чтобы яичники были притянуты къ внутреннему отверстію паховаго канала, я получилъ въ результатѣ не только различную длину вытянутыхъ связокъ, но даже превышающую ихъ нормальные размѣры (8—12,5 сант.).

Имѣя дѣло съ нормальнымъ положеніемъ матки и неизмѣненными круглыми связками, нормальные размѣры которыхъ колеблются отъ 10—12 сант., я, конечно, могъ ожидать, что во всѣхъ этихъ случаяхъ вытяну связки приблизительно на одну и ту-же длину и потому полученные результаты могу поставить въ зависимость только отъ различной степени растяженія связокъ.

Если дѣло идетъ такимъ образомъ при нормальномъ положеніи матки и нормальныхъ круглыхъ связкахъ, то понятно, что въ случаяхъ смѣщеній матки, гдѣ различная степень растяженія связокъ комбинируется съ различной длиной связокъ, мы получимъ результаты и болѣе разнообразные и еще менѣе имѣющіе значеніе для рѣшенія затронутаго вопроса.

На живыхъ, даже исключая возможность растяженія связокъ, достаточно уже ихъ различнаго удлиненія при разныхъ степеняхъ одной и той же формы смѣщенія матки, чтобы получить такіе же разнообразные и ничего не рѣшающіе результаты.

Если бы наконецъ рѣшеніе этого вопроса и было возможно, то едва ли оно представляетъ интересъ для клиническихъ цѣлей. Alexander весьма точно указалъ, что во время операціи маткѣ предварительно слѣдуетъ придать положеніе нерѣзкой антеверсіи при пролапсѣ, нормальное положеніе при ретроверсіи и ретрофлексіи, зондомъ удерживать матку въ приданномъ ей положеніи и затѣмъ уже вытягивать связки. Сопротивленіе, которое окажетъ вытягиванію связокъ удерживающій матку зондъ, вмѣстѣ съ тѣмъ укажетъ, когда нужно прекратить вытягиваніе связокъ, а этого вполнѣ достаточно для оператора.

9) Изъ сказаннаго уже достаточно ясно видно, что нельзя

создавать общихъ правилъ для отношенія между степенью поднятія матки и длиной вытянутыхъ связокъ, и если я снова возвращаюсь къ этому вопросу, то только потому, что Manrique утверждаетъ, что матка подымается на 2 сант. меньше, чѣмъ вытянуты связки.

Излагая изслѣдованія Manrique'a, я уже указалъ на невѣрность этого положенія и теперь мнѣ остается только привести основанія, которыми я руководился, говоря это.

Приложенный къ влагалищной части палецъ ощущаетъ движенія матки только съ того момента, когда связки начинаютъ свободно двигаться въ паховомъ каналѣ; равнымъ образомъ и карандашъ, укрѣпленный въ рукояткѣ щипцовъ, зубцами которыхъ захвачена portio vaginalis, только тогда начинаетъ чертить линію. Связки же, какъ я уже не разъ повторялъ, начинаютъ двигаться свободно послѣ изоляціи на различномъ протяженіи отъ 1,5—5,5 сант. Такимъ образомъ, прежде чѣмъ матка начинаетъ двигаться, мы уже имѣемъ вытянутыми отрѣзки круглыхъ связокъ различной длины, которая должна быть принята въ разсчетъ при измѣреніи всей суммы вытянутыхъ связокъ. Это же даетъ въ результатѣ то, что къ длинѣ отрѣзка связокъ, которыми матка передвинута на одно и то же разстояніе, въ одномъ случаѣ прійдется прибавить 1,5, въ другомъ 5,5 сант.

Послѣ этого становится понятнымъ, что не только нельзя создавать общаго правила для отношенія между степенью поднятія матки и длиной вытянутыхъ связокъ, но даже для двухъ случаевъ одной и той же степени однороднаго смѣщенія матки отношеніе это можетъ быть различно.

Я уклоняюсь отъ дальнѣйшаго разбора графическаго метода, употребленнаго Manrique'омъ для опредѣленія отношенія между степенью поднятія матки и длиной вытянутыхъ связокъ, потому что вышеизложеннымъ уже достаточно доказана съ одной стороны неточность этого метода, съ другой его безцѣльность для клиническихъ цѣлей. Я могу уклониться отъ этого еще и потому, что при своихъ изслѣдованіяхъ я тоже примѣнялъ этотъ методъ и уже послѣ нѣсколькихъ наблюденій могъ убѣдиться въ полной его непригодности.

Изложеніе этихъ наблюденій едва ли необходимо, такъ какъ,

не имѣя никакого значенія для нашихъ цѣлей, оно завело бы насъ въ излишнія и обширныя разсужденія.

10) Что касается вліянія укороченія круглыхъ связокъ на положеніе тазовыхъ органовъ, то констатированные Manrique'омъ факты почти вполнѣ подтверждаются и моими наблюденіями. Это избавляетъ меня отъ необходимости подробнаго изложенія полученныхъ результатовъ и потому я останавливаюсь только на тѣхъ фактахъ, въ которыхъ я не схожусь съ Manrique'омъ и на тѣхъ, которыми я считаю необходимымъ дополнить его изслѣдованія.

А) Я не могу согласиться съ Manrique'омъ только въ одномъ, что матка при вытягиваніи одной связки скорѣе принимаетъ положеніе антеверсіи, чѣмъ латероверсіи. Въ моихъ изслѣдованіяхъ при вытягиваніи одной связки матка также принимала положеніе антеверсіи, но одновременно соотвѣтственная латероверсія была такъ рѣзко выражена, что едва-ли удобно придавать маткѣ такое ненормальное положеніе. Въ виду этого я не могу согласиться съ Doleris'омъ въ томъ, что можно ограничиться укороченіемъ только одной связки. Хотя по клиническимъ наблюденіямъ и слѣдуетъ допустить, что одна связка въ состояніи удержать матку, но во всякомъ случаѣ эффектъ операціи по отношенію къ измѣненію положенія тазовыхъ органовъ будетъ уже неполный и едва ли можно разсчитывать при этомъ на продолжительный успѣхъ операціи. Конечно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обѣ связки нельзя вытянуть и гдѣ вмѣсто пролапса или задняго смѣщенія матки удобнѣе создать другое ненормальное положеніе (латероверсію), можно ограничиться и укороченіемъ одной связки, но смотрѣть на это слѣдуетъ только, какъ на необходимое зло.

В) Во всѣхъ случаяхъ ретрофлексіи можно было констатировать, что широкія и круглыя связки вмѣстѣ съ ними растянуты удлинены, искривлены назадъ. При ретроверсіи наблюдалось то-же.

С) Если производить редрессацію наклоненной или искривленной назадъ матки при невытянутыхъ связкахъ, то широкія и круглыя связки вмѣстѣ сь ними складываются по бокамъ матки такъ же, какъ и при пролапсѣ въ наблюденіи Manrique'a т. е. на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ нормальному положенію верхняго края обѣихъ широкихъ связокъ, образуются углубленія. Величина углубленія зависитъ отъ степени искривленія или наклоненія матки.

D) Въ случаяхъ ретрофлексіи, гдѣ дно матки было увеличено, въ особенности при retroflexio uteri post partu, я могъ потвердить наблюденіе Alexander'а относительно перемѣщенія мѣста прикрѣпленія круглыхъ связокъ внизъ. Не замѣтивъ въ моихъ случаяхъ, что круглыя связки приращены къ боковымъ стѣнкамъ матки, я могу поставить перемѣщеніе ихъ мѣста прикрѣпленія въ зависимость только отъ увеличенія дна матки.

Если въ подобныхъ случаяхъ вытягивать круглыя связки, не редрессируя предварительно матки, то выпрямленія никогда нельзя достигнуть. Наоборотъ ретрофлексія при вытягиваніи связокъ еще болѣе усиливается. Усиленіе ретрофлексіи прямо пропорціонально разстоянію между мѣстомъ прикрѣпленія круглыхъ связокъ и углами матки и чѣмъ ближе прикрѣплены связки къ оси искривленія, тѣмъ болѣе рѣзкая ретрофлексія получается при ихъ вытягиваніи.

Только что указанный фактъ невольно наводитъ на предположеніе, что при такомъ неправильномъ положеніи связокъ, ихъ сокращеніе, которое должно происходить по тому же направленію, какъ и вытягиваніе, если и не можетъ служить самостоятельнымъ этіологическимъ моментомъ ретрофлексіи, то легко можетъ произвести ретрофлексію изъ ретроверсіи и во всякомъ случаѣ усилить существующее искривленіе матки назадъ.

Введя въ свое предположеніе такой факторъ, какъ сокращеніе связокъ, нужно доказать, что круглыя связки способны сокращаться, но въ этомъ едва ли можетъ быть сомнѣніе.

Всѣ анатомы согласны въ томъ, что круглыя связки представляютъ настоящія продолженія вещества матки. Присутствіе въ нихъ гладкихъ и частью поперечно-полосатыхъ мышцъ доказано. Способность круглыхъ связокъ сокращаться во время родовъ и въ послѣ родовомъ періодѣ можетъ быть констатирована каждымъ акушеромъ. Со времени извѣстнаго наблюденія Шпигельберга [1]) надъ раздраженіемъ матки индукціоннымъ токомъ едва ли можно сомнѣваться въ томъ, что круглыя связки способны сокращаться внѣ беременности и родовъ. Конечно, для насъ остаются неизвѣстными тѣ условія при которыхъ круглыя связки, сокращаются.

---

[1]) Monatschr. für Gebkund. 1864. T. XXIV. стр. 23.

Если допустить, что наше предположеніе только отчасти вѣрно и что сокращеніе связокъ при такомъ ненормальномъ положеніи только усиливаетъ уже существующую ретрофлексію, то и тогда констатированный фактъ пріобрѣтаетъ важное значеніе въ томъ отношеніи, что доказываетъ необходимость исправленія неправильнаго положенія круглыхъ связокъ.

E) Вытягивая связки, при нормальномъ положеніи матки всегда и при ея смѣщеніяхъ иногда можно было замѣтить, что приблизительно на срединѣ передней поверхности матки образуется поперечная, туго натянутая складка брюшины.

G) Констатированное Manrique'омъ уменьшеніе cystocele при наполненіи мочеваго пузыря подтверждается и моимъ наблюденіемъ въ одномъ случаѣ prolapsus uteri, сопровождавшемся этимъ осложненіемъ. Наблюденіе это имѣетъ важное значеніе въ томъ отношеніи, что имъ опровергается предположеніе Doleris'а объ увеличеніи размѣровъ cystocele при наполненіи мочеваго пузыря и указанія того же автора и Лазаревича на то, что укороченіемъ круглыхъ связокъ мочевой пузырь ставится въ ненормальныя условія, нарушающія его отправленія, и что при наполненіи пузыря круглыя связи могутъ быть растянуты.

Наполненію мочеваго пузыря укороченіе круглыхъ связокъ, какъ это видно изъ наблюденія Manrique'а, подтвержденнаго и мной, не препятствуетъ. Мочевой пузырь можетъ быть наполненъ и свободно при этомъ растягивается на счетъ расправленія двухъ нижнихъ третей широкихъ связокъ. Круглыя связки напрягаются только при сильномъ наполненіи мочеваго пузыря, а такого условія послѣ операціи не должно быть и его всегда легко избѣгнуть катетеризаціей, необходимость которой до полнаго срощенія связокъ указывается всѣми операторами, начиная съ Alexander'а.

Только что сказаннымъ опровергаются и основанія приведенныя Doleris'омъ, для предложенныхъ имъ измѣненій въ техникѣ операціи. Я говорю о его предложеніи ограничиться укороченіемъ только одной круглой связки и послѣдовательности въ примѣненіи передней элитрорафіи и укороченія круглыхъ связокъ въ тѣхъ случаяхъ пролапса, гдѣ необходима комбинація этихъ операцій.

Я уже раньше говорилъ о неудобствѣ укороченія одной связки,

но и со второю частью предложенія Doleris'а я также не могу согласиться. Что при всѣхъ пластическихъ операціяхъ слѣдуетъ ограничиться только крайне необходимыми размѣрами вырѣзываемыхъ лоскутовъ, это общее правило хирургіи. При пластическихъ операціяхъ на рукавѣ, гдѣ вслѣдъ за передней элитрорафіей приходится дѣлать и кольпоперинеорафію и въ результатѣ получается значительное съуженіе рукава, указанное хирургическое правило должно быть еще болѣе принято во вниманіе.

Для больныхъ, половой аппаратъ которыхъ продолжаетъ функціонировать, понимая выраженіе это въ обширномъ смыслѣ слова, далеко небезразлично, до какой степени съуженъ рукавъ. Поэтому при передней элитрорафіи прежде всего слѣдуетъ опредѣлить, дѣйствительные размѣры cystocele и затѣмъ уже размѣры лоскута, который необходимо вырѣзать. И то, и другое возможно только тогда, когда матка уже приведена въ нормальное положеніе, а отсюда ясно, что операція, создающая такое положеніе, т. е. укороченіе круглыхъ связокъ должно быть произведено предварительно.

Опасенія Doleris'а, что при послѣдующей передней элитрорафіи представятся неудобства для операціи, вслѣдствіе невозможности смѣщенія матки внизъ, а при возможности—грозитъ опасность растяженія связокъ, легко могутъ быть устранены.

Прежде всего къ элитрорафіи не слѣдуетъ приступать раньше, чѣмъ связки прочно не сростутся въ ихъ новомъ положеніи (черезъ 1—2 мѣсяца). Уменьшеніе размѣровъ cystocele при нормальномъ положеніи матки устраняетъ необходимость сильнаго смѣщенія матки внизъ. Въ большей части случаевъ будетъ достаточно только смѣщенія передней стѣнки рукава, а при этихъ условіяхъ ни неудобствъ для операціи, ни опасности растяженія связокъ не существуетъ. Клиническія наблюденія подтверждаютъ справедливость только что сказаннаго.

11) Чтобы покончить съ моими анатомическими изслѣдованіями, мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о вшиваніи связки въ рану.

Связка, вшитая по длинѣ раны, вполнѣ закрываетъ обнаженное наружное отверстіе паховаго канала и съ этой стороны операція вполнѣ удовлетворяетъ цѣли. Труднѣе устранить этимъ способомъ указываемую многими авторами возможность образованія

паховой грыжи, вслѣдствіе происшедшей инвагинаціи брюшины. Прежде всего тѣ случаи инвагинаціи брюшины, въ которыхъ она не достигла до наружнаго паховаго отверстія, совсѣмъ ускользаютъ отъ нашего вниманія. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ брюшина замѣчена у наружнаго паховаго отверстія, отодвиганіе ее назадъ, какъ я уже говорилъ [1]), не приноситъ пользы. Наложеніе лигатуры на дальній конецъ связки, какъ рекомендуетъ Duplais, также должно принести сомнительную пользу. Лигатура должна быть наложена слабо, иначе легко получить омертвѣніе всего вытянутаго куска связки, а слабо наложенная лигатура не будетъ имѣть значенія.

Я пробовалъ вшивать связку вмѣстѣ съ выпятившейся брюшиной. Шовъ при этомъ проходилъ чрезъ полость брюшины и притягивалъ къ связкѣ только переднюю часть вывороченной брюшины. Между задней поверхностью связки и находящейся позади нея вывороченной брюшиной все же оставалась воронка, въ которую со стороны полости живота въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было ввести конецъ мизинца. Если бы даже и нашли способъ для закрытія образовавшейся воронки брюшины, то, оперируя у наружнаго отверстія паховаго канала, мы не можемъ устранить продолженія этой воронки по длинѣ паховаго канала.

IV.

Съ сентября 1885 года по настоящее время въ гинекологическомъ отдѣленіи клиники профессора К. Ф. Славянскаго находились подъ моимъ наблюденіемъ 10 больныхъ съ различными формами неправильнаго положенія матки, для леченія которыхъ примѣнено укороченіе круглыхъ связокъ. 9 изъ нихъ оперированы профессоромъ К. Ф. Славянскимъ и одна мной.

Я не стану подробно описывать производства операціи, потому что оно очень немногимъ отличается отъ уже изложеннаго мною способа, предложеннаго Alexander'омъ. Главное отличіе заключается только въ способѣ укрѣпленія связокъ. Во всѣхъ случаяхъ

---

[1]) См. стр. 102.

связки, ближе къ ихъ периферическому концу, перерѣзывались между двумя лигатурами. Центральный конецъ связки вшивался по длинѣ раны такимъ образомъ, что каждый шовъ проникалъ чрезъ кожу, ножки паховаго отверстія и связку. Оставшіеся излишними послѣ вшиванія концы связокъ выводились наружу чрезъ нижніе углы ранъ и у самаго выхода изъ раны перетягивались лигатурами. Периферическіе концы связокъ оставлялись въ ранахъ, а наложенныя на нихъ лигатуры также выводились наружу. Остальное протяженіе ранъ зашивалось однимъ или нѣсколькими швами, если наложенныхъ для укрѣпленія связки швовъ было недостаточно, чтобы вполнѣ закрыть рану. Для лигатуръ всегда употреблялся различной толщины сублимированный шелкъ. Другія детали операціи, касающіяся главнымъ образомъ затрудненій, встрѣтившихся при отысканіи и изоляціи связокъ, дренажа, пессарія и т. д., во избѣжаніе повтореній, будутъ изложены при описаніи каждаго отдѣльнаго случая.

По окончаніи операціи раны присыпались іодоформомъ, накладывалась сулемовая марлево-ватная повязка, которая укрѣплялась спикой. Всѣ операціи произведены подъ хлороформомъ, при строго антисептической обстановкѣ.

Подготовленіе больной къ операціи заключалось главнымъ образомъ въ выборѣ подходящаго пессарія для удержанія матки послѣ операціи, что иногда представляло большія затрудненія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ до операціи примѣнялось леченіе различныхъ припадковъ, устраненіе которыхъ желательно было ко дню операціи. Въ остальномъ приготовленіе больной не отличалось отъ таковаго при другихъ операціяхъ, гдѣ имѣется въ виду, что больная пролежитъ нѣсколько недѣль въ постели, и гдѣ желательно устранить дефекацію въ первые дни послѣ операціи. Такимъ образомъ и нашимъ больнымъ за день до операціи назначалась ванна, слабительныя и клизмы.

Послѣопераціонное леченіе и діэтетика были одинаковыми для всѣхъ больныхъ, если не было только особыхъ показаній со стороны t^0 или другихъ болѣзненныхъ процессовъ для соотвѣтствующаго вмѣшательства.

Тотчасъ послѣ операціи больная укладывалась въ постель въ горизонтальномъ положеніи съ согнутыми въ колѣняхъ ногами.

Въ такомъ положеніи больныя оставались почти до полнаго заживленія ранъ, приблизительно отъ 3 недѣль до мѣсяца. Для избѣжанія растяженія связокъ наполненнымъ мочевымъ пузыремъ назначалась катетеризація въ первые дни послѣ операціи каждые 2 часа, а затѣмъ рѣже. Въ остальномъ леченіе заключалось въ назначеніи вагинальныхъ спринцеваній изъ раствора сублимата 1:2000, 3—4 раза въ день, частой смѣнѣ повязокъ, присыпкѣ ранъ іодоформомъ или нафталиномъ и изрѣдка назначаемыхъ клизмахъ.

Имѣя въ виду, что каждый случай этой еще новой и спорной операціи долженъ быть точно обставленъ и что большинство извѣстныхъ въ литературѣ оперативныхъ случаевъ недетально описаны, я счелъ болѣе удобнымъ не излагать своихъ клиническихъ наблюденій въ видѣ таблицъ, а сдѣлать подробное описаніе каждаго отдѣльнаго случая. Можетъ быть отъ этого изложеніе и потребуетъ мѣстами повтореній, но за то оно должно несомнѣнно выиграть въ точности и ясности.

Наблюденіе I [1]. (170) [2].

(№ врач. журн. 628) Настасья Никифорова, крестьянка, поступила въ клинику 17 Октября 1885 г.

Никифоровой 38 лѣтъ, православная, по занятію кухарка, замужъ вышла на 19 году. Первыя крови появились на 17 году, сразу установились въ правильные 3-недѣльные промежутки, продолжались по 5 дней. Рожала 6 разъ, всегда благополучно, въ томъ числѣ были двойни. Первые роды на 3 году замужества, послѣдніе 7 мѣсяцевъ тому назадъ. Всѣ дѣти родились живыми, изъ нихъ теперь въ живыхъ одинъ. Послѣ вторыхъ родовъ абортировала на 4 мѣсяцѣ.

Жалуется на выпаденіе матки, чувство тяжести и выпиранія, тянущія боли въ нижней части живота и въ крестцѣ, затрудненное и частое мочеиспусканіе и невозможность вести прежній трудовой образъ жизни. По словамъ больной, она заболѣла уже послѣ 2 родовъ. Болѣзнь началась мало по малу выпаденіемъ опухоли изъ половыхъ частей только при ходьбѣ. Современемъ объемъ выпадавшей опухоли увеличивался и она стала показываться уже не только при ходьбѣ, но при малѣйшемъ физическомъ напряженіи. При горизонтальномъ положеніи больная опухоли не замѣчаетъ. Къ этимъ объективнымъ даннымъ постепенно присоединился цѣлый рядъ перечисленныхъ уже субъективныхъ ощущеній, съ жа-

---

[1]) Случай этотъ описанъ мной въ «Русской Медицинѣ. 1886. № 12.
[2]) № по порядку въ общей регистраціи всѣхъ оперативныхъ случаевъ.

лобами на которыя она явилась въ клинику. Больная много раньше лѣчилась, носила пессарій, но безъ успѣха.

Больная представляетъ женщину средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, скелетъ правильный, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, мускулатура и подкожная клѣтчатка достаточно развиты. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ, кромѣ анэміи не даетъ ничего ненормальнаго, со стороны органовъ пищеваренія также не замѣчено никакихъ аномалій. Изслѣдованіе гениталій дало слѣдующее: половая щель зіяетъ въ своей нижней половинѣ. Промежность растянута. Introitus vaginae широкъ. На задней стѣнкѣ рукава соотвѣтственно corpori perinei зарубцевавшійся разрывъ. Въ расширенномъ входѣ влагалища видны пролабированныя стѣнки рукава, которыя при натугѣ и кашлѣ выступаютъ изъ половой щели въ значительной степени. При этомъ передняя стѣнка выпадаетъ прежде и больше задней. Конецъ катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, прощупывается близь нижняго конца выпавшей передней стѣнки рукава; равнымъ образомъ палецъ, введенный въ rectum, попадаетъ въ заднюю стѣнку рукава. Per vaginam констатировано, что стѣнки рукава опущены, разрыхлены, своды пусты, значительно ниже нормальнаго; задній объемистѣе передняго. Portio vaginalis слегка утолщена, стоитъ ниже нормальнаго. Маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели съ небольшими боковыми надрывами. Матка мало болѣзненна, увеличена въ объемѣ, плотна, искривлена назадъ; дно и тѣло ея прощупываются въ заднемъ сводѣ подъ прямымъ угломъ къ влагалищной части. Зондъ входитъ въ полость матки на 8,5 сант. Матка свободно редрессируется, такъ что ей можетъ быть придано положеніе рѣзкой антеверсіи. Изъ рукава слизистыя отдѣленія.

На основаніи изложеннаго діагносцировано: Metritis chronica. Retroflexio et descensus uteri. Prolapsus vaginae. Cysto et rectocele.

До 20 Ноября больная пробыла въ клиникѣ безъ всякихъ общихъ и мѣстныхъ измѣненій.

20 Ноября Никифорова оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Разрѣзы длиною въ 5,5 сант. Связки отысканы и изолированы безъ особыхъ затрудненій. Правая связка найдена быстрѣе лѣвой. Матка ручными пріемами редрессирована въ положеніе антеверсіи. Связки осторожно вытянуты, на сколько это было возможно, на правой сторонѣ на 7 сант., на лѣвой на 6,5 сант. и вшиты въ соотвѣтственныя раны съ каждой стороны 5 швами. На лѣвой сторонѣ связка вшита надъ вложеннымъ въ рану дренажемъ, направо безъ дренажа. Остальное протяженіе ранъ зашито на правой сторонѣ однимъ швомъ, двумя на лѣвой. Кровотеченіе во время всей операціи было столь незначительно, что наложенія лигатуръ для остановки кровотеченія не потребовалось и можно было ограничиться только торсированіемъ кровоточащихъ пунктовъ. По окончаніи операціи матка фиксирована въ приданномъ ей положеніи овальнымъ пессаріемъ Годже. Операція продолжалась 1 ч. 35 м.

Послѣопераціонный періодъ: 1) T°., бывшая нормальной въ первый день, повысилась вечеромъ втораго дня до 38,2 и въ слѣдующіе дни держалась въ слѣдующихъ границахъ: 37,2—37,7; 37,2—37,9; 38,4—38,6; 38,0—38,3; 37,6—38,3; 37,0—37,9. При дальнѣйшихъ ежедневныхъ измѣреніяхъ t° всегда оказывалась нормальной. 2) Вече-

ромъ въ день операціи начались менструаціи, какъ и всегда, правильно и безболѣзненно. 23 Ноября вечеромъ крови прекратились. 3) Больная жаловалась только въ первые дни на боль въ нижней части живота, метеоризмъ и болѣзненность вокругъ ранъ. 4) Раны со втораго же дня оказались сильно втянутыми. Инфильтрація и краснота вокругъ ранъ были очень незначительны. Дренажъ уже на третій день выдвинулся на сант., а на 4 день былъ совсѣмъ извлеченъ. Швы сняты 28 и 29 Ноября. Раны зажили на большемъ протяженіи per primam, но нѣкоторые уколы швовъ нагноились; равнымъ образомъ было нагноеніе въ мѣстахъ, гдѣ выведены наружу концы связокъ и лигатуры. Раны зажили вполнѣ только къ 15 Декабрю. 5) Выведенные наружу концы связокъ быстро мумифицировались и отдѣлились 29 Ноября и 2 Декабря. Лигатуры съ периферическихъ отрѣзковъ связокъ отдѣлились 2 и 14 Декабря. 16 Декабря больной позволено было сѣсть, а 22 Декабря ей разрѣшено встать.

Въ тотъ же день больная изслѣдована при различныхъ условіяхъ, при чемъ констатировано слѣдующее: 1) *Въ горизонтальномъ положеніи больной до извлеченія пессарія.* Пессарій лежитъ правильно. Portio vaginalis назади и нѣсколько влѣво. Дно и тѣло матки притянуты къ лонному соединенію больше съ лѣвой стороны. Стѣнки рукава напряжены. 2) *По извлеченіи пессарія:* А) *въ горизонтальномъ положеніи больной.* Стѣнки рукава немного опустились. Правый сводъ объемистѣе лѣваго. Uterus увеличенъ въ объемѣ, занимаетъ внѣсрединное положеніе, помѣщаясь ближе къ лѣвой стѣнкѣ таза; лѣвый уголъ матки больше притянутъ къ лонному соединенію. Наклоненія ни впередъ, ни назадъ нѣтъ. Portio vaginalis отстоитъ отъ входа рукава на 6 сант. При натугѣ и кашлѣ положеніе матки не измѣняется, но стѣнки рукава складываются въ складки и становятся видимыми во входѣ рукава. В) *При вертикальномъ положеніи больной.* Матка не измѣняетъ своего положенія, только передняя стѣнка рукава нѣсколько больше опустилась. Натуга и кашель и теперь не имѣютъ вліянія на положеніе матки. Субъективныя ощущенія, съ которыми больная поступила въ клинику, исчезли.

30 Декабря больная демонстрирована въ акушерско-гинекологической секціи перваго съѣзда московско-петербургскаго медицинскаго общества. Объективныя данныя тѣже, за исключеніемъ того, что матка теперь занимаетъ срединное положеніе по проводной оси таза и равномѣрно притянута къ лонному соединенію [1]). Больная ни на что не жалуется. Стѣнки рукава при ходьбѣ не пролабируютъ. Пессарія не носитъ съ 22 Декабря. Съ 11—16 Января 1886 года снова правильно и безболѣзненно менструировала.

28 Января повторное изслѣдованіе: матка въ положеніи anteflexio-versio, занимаетъ срединное положеніе, неболѣзненна, свободно подвижна, можетъ быть приведена въ положеніе retroversio. Круглыя связки не напряжены и не прощупываются. Зондъ входитъ въ полость матки на 7,5 сант. Пролабированныя стѣнки рукава видны въ его расширенномъ входѣ

[1]) Констатированное при изслѣдованіи 22 Декабря внѣсрединное положе- матки можетъ быть объяснено развѣ тѣмъ, что больная для болѣе удобнаго стока гноя изъ раны, въ послѣднія 2—3 недѣли лежала на лѣвомъ боку.

при разведеніи половыхъ губъ. По временамъ жалуется на ощущеніе жара въ лѣвой нижней части живота и постоянные запоры.

4 Февраля для устраненія оставшагося выпаденія стѣнокъ рукава Никифорова вновь оперировона. Сдѣланы: 1) Colporrhaphia anterior. Овальное окровавленіе. Глубокій обвивной кэтъ-гутовый швъ и 18 шелковыхъ. 2) Colpoperineorrhaphia по Hegar'у. Отсепарованіе цѣльнаго лоскута произведено ножемъ. Наложено 24 влагалищныхъ шва и 6 промежностныхъ; изъ нихъ 3 глубокихъ. Изслѣдованіемъ предъ операціей констатированы прежніе результаты.

Послѣопераціонный періодъ протекъ вполнѣ нормально съ высшей t^{0} въ 37,7. Промежностные швы сняты 11 Февраля. Влагалищные сняты 24, 28 Февраля и 8 марта, за исключеніемъ очень глубоко лежащихъ. 11 Марта предъ уходомъ больной изъ клиники снова произведено изслѣдованіе. Промежность вполнѣ возстановлена, высока. Половая щель не зіяетъ. Рукавъ значительно съуженъ, сращеніе послѣ кольпорафіи полное. Матка въ проводной линіи таза, нѣсколько больше притянута къ его лѣвой половинѣ, свободно подвижна, неболѣзненна. Зондъ входитъ въ полость матки на 7,5 сант. За время пребыванія въ клиникѣ общее состояніе больной значительно улучшилось. Всѣ болѣзненные припадки исчезли.

Итакъ, ко дню выхода больной изъ клиники эффектъ укороченія круглыхъ связокъ въ данномъ случаѣ выразился нормальнымъ положеніемъ матки, уменьшеніемъ ея величины и исчезновеніемъ цѣлаго ряда болѣзненныхъ симптомовъ. Больная, которая прежде съ трудомъ ходила, теперь стала снова работницей. Существовавшій пролапсъ стѣнокъ рукава не поддался вполнѣ этому оперативному пріему и только степень его нѣсколько уменьшилась.

До Мая мѣсяца я еще нѣсколько разъ видѣлъ больную. Она уже принялась за свои обычныя занятія, ни на что не жаловалась. При каждомъ изслѣдованіи можно было констатировать правильное положеніе матки. Затѣмъ я потерялъ больную изъ виду, но 29 Сентября она вновь явилась въ клиническую амбулаторію. Все лѣто Н. занималась полевыми работами, чувствуетъ себя вполнѣ здоровой, прежнихъ припадковъ нѣтъ, регулы правильны и безболѣзненны, но только 3 недѣли тому назадъ, на мѣстѣ, гдѣ былъ сдѣланъ правый разрѣзъ во время операціи, появилась мягкая опухоль, объемъ которой увеличивается, когда больная ходитъ и работаетъ.

При изслѣдованіи найдено: На мѣстѣ правой операціонной раны паховая грыжа, размѣры которой при вертикальномъ положеніи больной =6 и 4 сант. Объемъ грыжи уменьшается при горизонтальномъ положеніи больной. Грыжевое кольцо свободно пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ констатировано слѣдующее: Половая щель не зіяетъ. Промежность высока. Рукавъ еще слегка съуженъ. На передней и задней его стѣнкахъ, на мѣстѣ разрѣзовъ при кольпорафіяхъ остались незначительныя уплотнѣнія. Portio vaginalis на 6 сант. отъ входа рукава. Матка неболѣзнена, подвижна, въ положеніи нормальной антеверсіи—флексіи, редрессируется легко въ положеніе retroversionis, но тотчасъ же возвращается къ нормальному.

Длина матки по зонду 7,5 сант. Круглыя связки не напряжены и не прощупываются.

Наблюденіе II. (171).

(№ врач. журн. 686). К. Д., жена мѣщанина, поступила въ клинику 25 ноября 1885 г.

Д., 48 лѣтъ, замужъ вышла на 23 году. Первые регулы на 16 году. Прежде регулы появлялись правильно чрезъ 4 недѣли, продолжались отъ 5—7 дней; послѣдніе годы путаются, иногда обильны. 6 разъ рожала благополучно, 4 раза абортировала. Первые роды на 18 году, послѣдніе 10 лѣтъ тому назадъ. 6 дѣтей родилось живыми, изъ нихъ теперь въ живыхъ одинъ. Жалуется на выпаденіе матки, слабость, потерю аппетита, безсонницу и запоры. Другихъ свѣдѣній анамнестическихъ, равно и о субъективныхъ ощущеніяхъ больной неудалось получить. Больная глуховата и мало развита.

Общее изслѣдованіе больной не дало въ результатѣ чего-либо заслуживающаго вниманія. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ констатировано слѣдующее: половая щель растянута. Стѣнки рука́ва равномѣрно пролабированы. Cysto et rectocele. При натугѣ и кашлѣ стѣнки рукава еще болѣе выступаютъ наружу. Per vaginam найдено, что стѣнки рукава опущены, разрыхлены, своды пусты, понижены. Portio vaginalis, утолщена, едва замѣтно понижена. Маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели съ надрывомъ на лѣвой сторонѣ, пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Губы его толсты, развороченны, эрозированы. Матка слегка увеличена въ объемѣ, не болѣзненна, искривлена назадъ. Дно и тѣло ея прощупываются въ заднемъ сводѣ, подъ угломъ къ влагалищной части. Зондъ входитъ въ полость матки на 8 сант. Матка вполнѣ подвижна, легко редрессируется въ нормальное положеніе, но по извлеченіи пальца снова искривляется назадъ. По вправленіи выпавшихъ стѣнокъ рукава, половая щель остается зіяющей. Introitus vaginae широкъ, промежность растянута, надорвана. На задней стѣнкѣ рукава, соотвѣтственно corpori perinei, рубецъ который обходитъ carinam vagin. post. съ обѣихъ сторонъ. Стѣнки рукава начинаютъ вновь выпадать, тотчасъ по извлеченіи пальца.

Diagnosis. Metritis chronica. Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae. Cysto et rectocele.

30 ноября 1885 г. Д. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Разрѣзы длиною на лѣвой сторонѣ въ 6 сант., на правой въ 5 сант. Связка на правой сторонѣ найдена легко; на лѣвой отыскиваніе и изоляція связки представляло довольно большія затрудненія. Вначалѣ даже ошибочно былъ захваченъ мышечный пучекъ, который при первыхъ же тракціяхъ порвался. На концы его наложены лигатуры à demeure. Правая связка вытянута на 6,5 сант., лѣвая на 6 сант. [1]). Связки укрѣплены на лѣвой сторонѣ 4 швами, 3 на правой, всего наложено швовъ на

---

[1]) Въ моемъ предварительномъ сообщеніи ошибочно отмѣчено укороченіе связокъ на 6 и 5 сант.

правой сторонѣ 6, на лѣвой 7. Кровотеченія не было. До вытягиванія связокъ матка редрессирована зондомъ въ нормальное положеніе. Послѣ операціи матка фиксирована пессаріемъ Годже. Операція продолжалась 1 ч. 25 м.

Послѣопераціонный періодъ: 1) Высшая t° вечеромъ 1 декабря 38°, всё остальное время t° оставалась нормальной. 2) 4 декабря начались правильно и безболѣзненно регулы, продолжались 5 дней. 3) Раны со втораго же дня оказались втянутыми. Инфильтраціи и красноты вокругъ ранъ не было. Всѣ швы сняты 8 декабря. Раны, за исключеніемъ нижнихъ угловъ, гдѣ выведены концы связокъ и лигатуры, зажили per primam. Въ дальнѣйшемъ теченіи, благодаря тому, что больная была крайне безпокойна, то и дѣло сбивала повязку и раздражала раны руками, края обѣихъ ранъ, начиная отъ нижняго угла разошлись, нѣсколько больше на правой сторонѣ и менѣе на лѣвой и раны заживали медленно при незначительномъ нагноеніи. Гранулирующія площадки въ нижнихъ углахъ ранъ оставались долгое время и раны вполнѣ зажили только къ 22 января 1886 г. 4) Выведенные наружу концы связокъ отдѣлились 15 декабря, а лигатуры 14 декабря и 16 января. 5) Ходить больная начала съ 10 января.

Пессарій извлеченъ 15 января. По извлеченіи пессарія изслѣдованіемъ констатировано нормальное положеніе матки и prolapsus vaginae въ той же степени, что и до операціи. На предложенную дополнительную операцію Д. не согласилась. Больная оставлена безъ пессарія.

31 января предъ уходомъ больной изъ клиники снова произведено изслѣдованіе, давшее слѣдующіе результаты. Стѣнки рукава пролабированы въ той же степени, что и до операціи. Объемъ portion. vaginalis уменьшился. Матка занимаетъ нормальное положеніе, не болѣзненна, подвижна. Длина матки по зонду 7 сант. При натугѣ, кашлѣ и вертикальномъ положеніи больной матка не измѣняетъ своего положенія, а стѣнки рукава нѣсколько болѣе опускаются.

Послѣдній разъ я видѣлъ больную въ концѣ февраля и при изслѣдованіи получилъ тѣже объективныя данныя, что и 31 января.

Итакъ, результатъ операціи у этой больной получился такой же, какъ и у первой. Матка приняла нормальное положеніе, величина ея нѣсколько уменьшилась. Prolapsus vaginae въ той же степени, что и до операціи.

Наблюденіе III. (172).

(№ врачебн. журн. 697). Я. С., жена офицера, поступила въ клинику 4 декабря 1885 г.

С. 23 года, замужъ вышла на 19 году. Первые регулы на 16 году, сразу установились въ правильные 4 недѣльные промежутки, продолжались по 5—6 дней. Регулы неболѣзненны и необильны. Не рожала и не абортировала. Больной считаетъ себя со времени своего замужества. Жалуется на боли въ лѣвомъ паху, въ крестцѣ, лѣвой нижней конечности и на цѣлый рядъ нервныхъ припадковъ, преимущественно истерическихъ, усиливающихся предъ регулами. Раньше С. много лечилась и пользовавшими её

врачами распознано было искривленіе матки назадъ. Носила различные пессаріи, но они приносили ей только малую и временную пользу. По словамъ врачей матка всё же оставалась искривленной.

Изслѣдованіе половыхъ органовъ дало слѣдующіе результаты: стѣнки рукава нѣсколько разрыхлены. Portio vaginalis нерожавшей женщины, нормальной величины, отстоитъ отъ introitus vaginae на 5,5 сант. Дно и тѣло матки увеличены, искривлены назадъ, подъ угломъ къ влагалищной части. Длина матки по зонду 7,8 сант. Матка подвижна, не болѣзненна, но не легко редрессируется въ нормальное положеніе. Лѣвый яичникъ смѣщенъ внизъ и взадъ, неболѣзненъ.

Diagnosis: Retroflexio uteri. Descensus ovarii sinistri.

Выборъ пессарія для больной представлялъ большія затрудненія, 5 разъ пришлось перемѣнить пессарій въ виду того, что на слѣдующій день по введеніи пессарія, матка и на немъ оказывалась искривленной.

8 января 1886 г. С. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Изъ особенностей операціи у этой больной слѣдуетъ обратить вниманіе на слѣдующее: 1) Очень трудно было оріентироваться относительно положенія лѣваго наружнаго отверстія паховаго канала. Легче оно было найдено на правой сторонѣ. 2) На правой сторонѣ трудно было найти связку. Въ началѣ вмѣсто нея захваченъ тонкій пучекъ ткани, который перерѣзанъ между двумя наложенными на него лигатурами à demeure. 3) Связки изолировались отъ сосѣднихъ тканей трудно, были тонки и хрупки и не совсѣмъ свободно двигались. 4) Тракціи связокъ очень слабо отзывались на положеніи матки. Правая связка вытянута на 2,5 сант., лѣвая на 3,5 сант. Дальше связки не вытягивались, а сильныя тракціи были опасны въ виду хрупкости связокъ. Связки вшиты въ раны съ каждой стороны двумя швами. Всего же наложено по 7 швовъ. Матка ручными пріемами редрессирована въ нормальное положеніе, послѣ операціи фиксирована пессаріемъ Годже. Операція продолжалась 2 часа.

Послѣ операціонный періодъ: 1) t^0 повысилась вечеромъ 12 января до 37,9 и въ слѣдующіе дни держалась въ границахъ: 38,0—37,9; 37,9—38,0; 37,9—38,4; 37,9—37,6. При дальнѣйшемъ измѣреніи t^0 всегда оказывалась нормальной. 2) Больная жаловалась съ 12 января на боль въ ранахъ. 3) Раны съ 10 января слегка болѣзненны. Вокругъ ранъ постепенно развивается краснота и инфильтрація. Швы сняты 16 января. По снятіи швовъ края правой раны разошлись и изъ нея вытекло значительное количество гноя. На слѣдующій день и лѣвая рана разошлась на большемъ протяженіи. Со снятіемъ швовъ реакція и болѣзненность въ ранахъ исчезли. Раны зарубцевались вполнѣ только къ 13 февраля. 4) Выведенные наружу концы связокъ отдѣлились 17 и 21 января, а лигатуры 17 января и 10 февраля. 5) 29 января при изслѣдованіи найдено: Пессарій лежитъ правильно. Дно матки прощупывается въ заднемъ сводѣ. 14 февраля больной позволено сѣсть, а 16-го ей разрѣшено ходить.

24 февраля при изслѣдованіи больной найдено слѣдующее: 1) *До извлеченія пессарія*. Матка въ положеніи ретрофлексіи. Дно ея лежитъ на заднемъ полукольцѣ пессарія. 2) *По извлеченіи пессарія*. Матка

ретрофлектирована, уголъ искривленія менѣе рѣзко выраженъ. Длина матки по зонду 7,2 сант. Лѣвый яичникъ смѣщенъ.

Итакъ, операція въ данномъ случаѣ не имѣла успѣха. Чѣмъ же объяснить неуспѣхъ операціи? Во 1-хъ) судя потому, что тракціи связокъ слабо отзывались на положеніи матки можно допустить, что онѣ были недостаточно укорочены. 2) Если укороченіе даже было достаточнымъ, то обильное нагноеніе въ ранахъ могло уничтожить эффектъ операціи. 3) Констатированное еще 29 января искривленіе матки при пессаріѣ говоритъ за то, что пессарій не удерживалъ матки въ нормальномъ положеніи. При подобныхъ условіяхъ еще не сросшимся связкамъ предстояло удерживать матку въ правильномъ положеніи, а это могло только способствовать растяженію связокъ и препятствовать ихъ сращенію, т. е. опять уничтожать эффектъ операціи. Вѣроятно данный случай ретрофлексіи принадлежитъ къ такимъ, гдѣ, слѣдуя совѣту Alexander'а, необходимо было провести послѣопераціонный періодъ съ внутриматочнымъ пессаріемъ. Помимо того невозможность вытянуть связки дальше и трудность въ ихъ изоляціи допускаютъ предположеніе о срощеніи связокъ съ сосѣдними тканями, что уже само по себѣ объясняетъ неуспѣхъ операціи.

Я видѣлъ больную еще нѣсколько разъ по выходѣ ея изъ клиники и матка оставалась всегда искривленной, не смотря на то, что для удержанія матки были примѣнены различные пессаріи. Тоже извѣстіе я получилъ отъ врача, пользующаго С. въ мѣстѣ ея жительства.

Наблюденіе IV. (173).

(№ врачебн. журн. 631). П. А., крестьянка, поступила въ клинику 18 октября 1885 года.

А., 47 лѣтъ, православная, замужъ вышла на 25 году. Первыя крови явились на 14 году и только чрезъ 4 мѣсяца установились въ правильные 3-недѣльные промежутки, продолжались по 5 дней. На 46 году регулы прекратились. Рожала 3 раза, всегда благополучно. Первые роды на 20 году жизни, послѣдніе 19 лѣтъ тому назадъ. Всѣ дѣти родились живыми. Изъ нихъ теперь въ живыхъ одинъ.

Больной считаетъ себя со времени послѣднихъ родовъ, когда стала чувствовать постоянную боль и напираніе въ нижней части живота. Чрезъ нѣкоторое время къ этимъ субъективнымъ ощущеніямъ присоединилось появленіе опухоли ex genitalibus при ходьбѣ, кашлѣ и работѣ. Хотя опухоль постепенно и увеличивалась, но больная особенной неловкости не чувствовала, продолжала работать и опухоль при горизонтальномъ положеніи больной уходила обратно. 4 года тому назадъ А. упала въ ледникъ, послѣ чего размѣры выпадавшей опухоли сразу увеличились. Съ увеличеніемъ объема опухоли, боли и чувство выпиранія въ нижней части живота значительно усилились, работа и движенія стали почти невозможны. Одновременно съ этимъ появилась неловкость при дефекаціи и мочеиспусканіи. Больная не можетъ производить этихъ отправленій, не вправивъ предварительно выпавшей опухоли. Въ апрѣлѣ 1885 года А. снова упала на лѣстницѣ, послѣ чего была больна въ те-

ченіи 3 мѣсяцевъ. Болѣзнь протекала при сильныхъ боляхъ въ животѣ и лихорадочномъ состояніи. Съ тѣхъ поръ опухоль остается снаружи даже при горизонтальномъ положеніи больной, а существовавшія субъективныя ощущенія еще болѣе усилились. А. много лечилась, носила пессаріи, которые первое время ея болѣзни удерживали вправленную опухоль, а затѣмъ не стали приносить никакой пользы.

Общее изслѣдованіе больной, кромѣ анэміи и рѣзкаго упадка питанія, не даетъ ничего ненормальнаго. Гинекологическое изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: Половая щель растянута. Изъ нея выпячивается наружу опухоль величиною болѣе кулака взрослаго человѣка. Длина ея по передней поверхности 16 сант. Самая большая окружность опухоли 27,5 сант. Въ верхней части ея передней поверхности замѣтно наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала. Верхушка катетера, введеннаго въ мочевой пузырь ясно ощущается почти у наружнаго отверстія маточнаго зѣва, составляющаго нижній конецъ опухоли. Палецъ. введенный въ rectum также попадаетъ въ заднюю стѣнку рукава. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль суха, шелушится, во многихъ мѣстахъ эрозирована. Передняго свода при выпавшей опухоли нѣтъ, а весь задній занятъ плотною, болѣзненною, неровною опухолью. Наружный маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели неправильной формы. Губы его толсты, разворочены, эрозированы. Изъ цервикальнаго канала слизистыя отдѣленія. Collum uteri утолщено, удлинено. Матка увеличена въ объемѣ, плотна, не находится на ея нормальномъ мѣстѣ, а цѣликомъ прощупывается въ выпавшей опухоли. Длина матки по зонду 11 сант. Вправленіе опухоли удается довольно легко, хотя и нѣсколько болѣзненно. По вправленіи констатировано: половая щель сильно зіяетъ, промежность растянута, разорвана; соотвѣтственно corpori perinei на задней стѣнкѣ рукава старый, растянувшійся рубецъ. Матка прошла впереди опухоли, выполняющей весь задній сводъ, занимаетъ положеніе антеверсіи, дно ея прощупывается надъ лоннымъ соединеніемъ. Немедленно по извлеченіи пальца стѣнки рукава, преимущественно передняя, снова начинаютъ выпадать.

Diagnosis. Prolapsus uteri completus. Hypertrophia supravaginalis colli uteri. Inversio vaginae. Cysto et rectocele. Старый периметритическій эксудатъ.

О какой либо операціи при такомъ общемъ состояніи больной и обширномъ болѣзненномъ эксудатѣ, выполнявшемъ весь задній сводъ рукава, понятно нельзя было и думать, а потому больная оставлена въ клиникѣ для соотвѣтствующаго леченія впредь до операціи. По тѣмъ же причинамъ выборъ метода для устраненія неправильнаго положенія матки представлялъ большія затрудненія. Примѣненіе пессарія и радикальное леченіе пролапса комбинаціей пластическихъ операцій и укороченіемъ круглыхъ связокъ при такихъ условіяхъ были противупоказаны. Между тѣмъ устраненіе смѣщенія матки, служившаго причиной и постоянно поддерживавшаго воспалительный процессъ въ полости таза было очень желательно. Имѣя въ виду, что матка подвижна и можетъ быть приведена въ нормальное положеніе, рѣшено было вначалѣ укоротить круглыя связки и затѣмъ уже, когда эксудатъ вполнѣ всосется, сдѣлать пластичес-

скую операцію. Но и съ первой операціей, конечно, необходимо было ожидать, пока больная нѣсколько оправится.

Къ 20 января общее состояніе больной значительно улучшилось, а изслѣдованіе гениталій указало слѣдующее: Размѣры выпавшей опухоли уменьшились. Длина ея передней поверхности 14 сант., самая большая окружность 25 сант., передняго свода при выпавшей опухоли нѣтъ, а въ задній входитъ только первая фаланга указательнаго пальца. Слизистая рукава не такъ суха, менѣе шелушится, эрозіи большею частью зажили. Вся матка въ выпавшей опухоли. Длина ея по зонду 10 сант. Матка вправляется легко и безболѣзненно. Эксудатъ въ заднемъ сводѣ значительно уменьшился, на правой сторонѣ почти совсѣмъ всосался. Контуры оставшагося эксудата рѣзче, онъ твердъ, неровенъ и неподвиженъ. При вправленіи матка свободно проходитъ мимо оставшагося эксудата, занимаетъ положеніе антеверсіи, дно ея прощупывается на уровнѣ лоннаго соединенія. Если по вправленіи матки больную оставить на нѣкоторое время спокойно въ горизонтальномъ положеніи и вновь произвести изслѣдованіе, то мы найдемъ стѣнки рукава опущенными, а матку въ положеніи retro-latero-versio dextra.

22 января А. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Отверстія паховыхъ каналовъ легко прощупываются и скоро найдены. Связки найдены безъ особыхъ затрудненій, но изолируются съ трудомъ. Правая связка тоньше лѣвой. Лѣвая укорочена на 5 сант., правая на 3,5 сант. Больше связокъ нельзя было вытянуть. Тракціи связокъ нисколько не передаются маткѣ и не оказываютъ никакого вліянія на ея положеніе. Связки вшиты на каждой сторонѣ 3 швами, а всего наложено по 5 швовъ. Пессарій Годже. Кровотеченія не было. Операція продолжалась 1 ч. 35 м.

Послѣопераціонный періодъ: 1) 23 вечеромъ t⁰ поднялась до 38⁰ и до вечера 2 февраля оставалась высокой, причемъ максимальное поднятіе t⁰ было 39,3. Второе повышеніе t⁰ послѣдовало 14 февраля и продолжалось до 22 въ границахъ между 37,9—38,2. 11 марта t⁰ снова повысилась до 38,5 и оставалась повышенной въ теченіи 5 дней. 2) Первому повышенію t⁰ соотвѣтствуетъ начало pneumon. croupos. dextr. migrans, которая съ 2 февраля стала постепенно разрѣшаться. 3) Второе повышеніе t⁰ совпадаетъ съ жалобами больной на сильныя боли въ нижней части живота и неловкость отъ пессарія. При изслѣдованіи найдено: пессарій лежитъ неправильно, смѣщенъ въ правую сторону. Своды болѣзненны. Экскудатъ увеличился въ объемѣ, мѣстами тѣстоватъ. Пессарій извлеченъ, послѣ чего передняя стѣнка рукава тотчасъ же стала выпадать. Матка стоитъ ниже нормальнаго, фиксирована въ свѣжемъ эксудатѣ въ положеніи ретроверсіи, болѣзненна, мало подвижна. 4) Третье повышеніе t⁰ соотвѣтствуетъ образованію обширнаго гнойника въ области крестца, по краю пролежней, начавшихъ появляться у больной еще съ 25 января. Паденіе t⁰ совпадаетъ со вскрытіемъ этого абсцесса. 5) Швы сняты 31 января. Въ ранахъ инфильтраціи, красноты и болѣзненности не замѣчено. По снятіи швовъ лѣвая рана на слѣдующій день разошлась на всемъ протяженіи, на правой мѣстами. Раны заживали при нагноеніи особенно обильномъ съ лѣвой стороны. Раны зарубцевались, пра-

вая къ 22 февраля, а лѣвая только 11 марта. 6) Выведенные наружу концы связокъ и лигатуры отдѣлились 10 и 14 февраля. 7) Общее состояніе больной значительно ухудшилось, она едва оправилась отъ пнеймоніи, протекавшей въ первые дни при явленіяхъ, грозившихъ жизни больной.

11 апрѣля предъ уходомъ больной изъ клиники изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: Изъ растянутой половой щели выпячивается наружу опухоль, длина которой по передней поверхности 10 сант., а самая большая окружность 18 сант. Опухоль незначительно увеличивается при кашлѣ и натугѣ на счетъ опускающейся передней стѣнки рукава. Передняго свода при выпавшей опухоли нѣтъ, а въ задній палецъ входитъ на 3,5 сант. Cystocele въ 8 сант. Матка увеличена въ объемѣ, болѣзненна, невполнѣ подвижна, частью помѣщается въ выпавшей опухоли, частью въ рукавѣ; при натугѣ и кашлѣ внизъ не опускается. Выпавшая опухоль легко вправляется, причемъ матка принимаетъ положеніе ретроверсіи. Заднее Дугласово пространство, по преимуществу слѣва, выполнено эксудатомъ неподвижнымъ, неровнымъ, болѣзненнымъ, ближе къ средней части таза плотной консистенціи, а къ его стѣнкамъ тѣстоватой. Въ этомъ-то эксудатѣ и фиксировано дно матки.

Итакъ операція и въ этомъ случаѣ не имѣла успѣха. Неуспѣхъ операціи легко объяснимъ и предвидѣть его можно было уже во время операціи съ того момента, когда убѣдились, что тракціи связокъ не передаются маткѣ и не измѣняютъ ея положенія. Если бы даже и этого не было, то неуспѣхъ операціи легко объяснить недостаточнымъ укороченіемъ связокъ и тѣмъ, что нагноеніемъ въ ранѣ, несомнѣнно разрушена болѣе вытянутая лѣвая связка, въ чемъ мы позже могли удостовѣриться.

13 августа А. снова поступила въ клинику. Больная въ высшей степени истощена и слаба, большею частью находится въ обморочномъ состояніи. Пульсъ очень слабый, около 80 ударовъ въ минуту, t° нормальна. Съ трудомъ удалось отъ А. узнать, что 7 дней тому назадъ у нея появился поносъ и она до того ослабѣла, что не могла дойти до клиники, а доставлена городовымъ, поднявшимъ А. на улицѣ. Гинекологическое изслѣдованіе дало приблизительно тѣ-же результаты, что и при выпискѣ больной изъ клиники. Prolapsus vaginae въ меньшей степени. Cysto et Rectocele. Увеличенная въ объемѣ матка большею частью помѣщается въ рукавѣ, ретрофлектирована, мало подвижна. Лѣвая половина таза выполнена плотною неподвижною опухолью. Выпавшія части легко вправляются и по извлеченіи пальца только передняя стѣнка незначительно спускается.

При явленіяхъ постепеннаго упадка силъ А. умерла 24 августа въ 10 часовъ утра.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе, произведенное 26 августа докторомъ Важинскимъ дало слѣдующіе результаты:

Пупартовы связки рѣзко выражены. На лѣвой сторонѣ по длинѣ пупартовой связки рубецъ, длиною въ 5 сант., нижній конецъ его доходитъ до tuberculum pubicum, на правой сторонѣ параллельно и на 1 сант. выше lig. Poupartii такой же рубецъ въ 5,5 сант. По обѣимъ сторонамъ рубцовъ, выше и ниже, замѣтны точечные рубцы на мѣстахъ уколовъ швовъ,—

5 и 4 на правой сторонѣ; 3 и 2 на лѣвой. Паховое отверстіе прощупывается отчетливѣй на правой сторонѣ и лежитъ соотвѣтственно нижнему концу рубца; на лѣвой выше рубца на 1 сант.

Сдѣланъ разрѣзъ по длинѣ праваго рубца. Отличить въ немъ связку невозможно, хотя вдоль всего рубца, въ его толщѣ. виднѣется красноватый плоскій шнурокъ, напоминающій связку. При дальнѣйшемъ препарованіи по направленію къ внутреннему отверстію паховаго канала оказалось, что ткани сохранили нормальныя свойства и связка легко было отыскана, хотя изолировалась съ трудомъ. Тракціи этой связки передаются на матку, но никакого вліянія на ея положеніе, не смотря на то, что связка изолирована на протяженіи 6 сант., не оказываютъ.

Разрѣзъ на лѣвой сторонѣ сдѣланъ по направленію паховаго отверстія. По разрѣзѣ кожи, втянутой и мало подвижной въ этомъ мѣстѣ, всѣ ткани подъ нею оказываются превращенными въ рубцовую въ длину на 6 сант., а въ ширину на 2 сант. Связка въ этой рубцовой ткани не найдена даже при дальнѣйшемъ препарованіи по направленію къ внутреннему отверстію паховаго канала и только въ разстояніи 1 сант. отъ него удалось изолировать нитевидный шнурокъ и 2 сосуда, направляющіеся во внутреннее паховое отверстіе. Ничего характернаго для связки шнурокъ этотъ не имѣлъ и только позже, когда полость живота была вскрыта, я могъ убѣдиться, что шнурокъ этотъ есть остатокъ связки, такъ какъ при потягиваніи его напрягалась полостная часть связки.

Половая щель зіяетъ. Передняя стѣнка рукава опущена ad introitum, утолщенная portio vaginalis на 3 сант. отъ входа рукава. Матка увеличена, толста, въ положеніи ретрофлексіи, мало подвижна, не можетъ быть смѣщена внизъ. Лѣвая половина таза выполнена плотною неподвижною опухолью.

Полость груди. Оба легкія сращены съ грудной клѣткой и діафрагмой старыми ложными перепонками. Легкія по краямъ эмфизематозны. Верхушка праваго легкаго уплотнена, пигментирована. Средняя и нижняя доли проходимы для воздуха, малокровны, Въ средней долѣ гнѣздо оплотнѣлой ткани краснаго цвѣта, величиною съ грецкій орѣхъ. Въ лѣвомъ легкомъ тѣже измѣненія, въ верхушкѣ мѣстами известковыя отложенія. *Сердце* уменьшено въ объемѣ, мускулатура его блѣдна. Клапаны безъ особыхъ измѣненій. На *intima аорты* незначительныя склеротическія утолщенія.

Полость живота. Сальникъ лежитъ впереди кишекъ и нижнимъ своимъ концомъ заходитъ въ полость малаго таза, гдѣ онъ приращенъ къ лѣвой Фалопіевой трубкѣ и лѣвой боковой стѣнкѣ таза. Тонкія кишки своими петлями наполняютъ мочепузырное пространство. Мочевой пузырь наполненъ. Матка лежитъ назади, въ дугласовомъ пространствѣ петель тонкихъ кишекъ нѣтъ. Rectum наполненъ. *Печень* нормальной величины, ткань ея мускатна, на капсулѣ мѣстами помутнѣнія. Желчный пузырь длиною въ 11 сант., сильно растянутъ и наполненъ темной слизистой желчью. *Селезенка* значительно уменьшена длиною въ 7,5 сант., а шириною въ 5 сант. Ткань ея плотна, трабекулы ясно выражены, пульпа выскабливается съ трудомъ. *Почки* нѣсколько увеличены, плотны. Корковый слой истончень. Лоханки растянуты. Капсула снимается неравномѣрно. Слизистая оболочка *кишекъ* гиперемирована.

Половые органы. Матка увеличена въ объемѣ. Длина ея полости 8 сант. На peritoneum старыя помутнѣнія. Широкія связки и наружныя половины фаллопіевыхъ трубъ оттянуты кзади рубцовыми перемычками. Ткань широкихъ связокъ утолщена, почти сухожильной консистенціи. Утолщеніе больше въ лѣвой широкой связкѣ. Правый яичникъ вполнѣ окутанъ ложными перепонками. Лѣвый яичникъ приращенъ къ rectum своею заднею поверхностью. Яичники не увеличены. Полостныя части связокъ на лѣвой сторонѣ, длиною въ 11,5 сант.; на правой 12,5 сант. Съ правой стороны эта часть связки на всемъ протяженіи сохранила свой нормальный видъ, хотя съ трудомъ отдѣляется отъ брюшины; на лѣвой связка сохранила свой видъ только на разстояніи 6 сант. отъ матки, дальше къ внутреннему паховому отверстію она представляетъ всѣ свойства рубцовой ткани и значительно истончена.

Итакъ результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія потверждаютъ: 1) Оба наши предположенія о неуспѣхѣ операціи, 2) констатированную при операціяхъ на трупахъ возможность вытянуть связки на значительную длину безъ измѣненія положенія матки и 3) сказанное о противупоказаніяхъ къ операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка хотя и подвижна, но въ анамнезѣ есть указанія на воспалительные процессы въ брюшинномъ покровѣ или клѣтчаткѣ матки.

Наблюденіе V. (174).

(№ врачебн. журн. 65). Е. В., мѣщанка, поступила въ клинику 28 января 1886 г.

В. 29 лѣтъ, замужъ вышла на 17 году. Первыя крови появились на 16 году и чрезъ $^1/_2$ года установились въ правильные 3 недѣльные промежутки, продолжаются по 5—7 дней, теперь болѣе обильны. Рожала 3 раза, всегда благополучно. Первые роды на первомъ году замужества, послѣдніе 3 года тому назадъ. Всѣ дѣти родились живыми, изъ нихъ теперь въ живыхъ одинъ. Жалуется на выпаденіе матки, чувство тяжести и выпиранія, боли въ нижней части живота и крестцѣ, затрудненное и частое мочеиспусканіе.

Больной считаетъ себя со времени вторыхъ родовъ, бывшихъ на 20 году. Чрезъ 2 мѣсяца послѣ этихъ родовъ появились боли въ нижней части живота, чувство выпиранія и тяжести. Одновременно съ этимъ ex sexualibus стала показываться при ходьбѣ и работѣ опухоль, которая при горизонтальномъ положеніи больной уходила обратно. Размѣры опухоли постепенно увеличивались, но не препятствовали половымъ сношеніямъ и В. забеременѣла въ третій разъ. Опухоль показывалась наружу только въ первые три мѣсяца беременности, но послѣ родовъ, когда В. встала, опухоль стала опять выпадать, но въ большей степени, чѣмъ прежде и теперь приняла такіе размѣры, что даже при горизонтальномъ положеніи больной остается снаружи. Съ возобновленіемъ выпаденія опухоли снова появились прежніе болѣзненные симптомы и кромѣ того мочеиспусканіе стало настолько затруднительно, что больная не можетъ мочиться, не вправивъ предварительно выпадающей опухоли. Больная прежде никогда не лечилась.

Изслѣдованіе половыхъ органовъ указало слѣдующее: Половая щель зіяетъ, промежность надорвана и растянута. Introitus vaginae широкъ. На задней стѣнкѣ рукава соотвѣтственно corpori perinei старый рубецъ, направляющійся по обѣимъ сторонамъ carinae vagin. post. Въ зіяющемъ входѣ рукава видна его пролабированная передняя стѣнка. При натугѣ и кашлѣ ex sexualibus выпячивается шаровидная опухоль, на верхнемъ концѣ которой помѣщается наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала, а на нижнемъ наружный маточный зѣвъ, въ видѣ поперечной щели съ надрывомъ на лѣвой сторонѣ. Длина выпавшей опухоли по передней поверхности 7,5 сант. Окружности опухоли нельзя измѣрить, потому что ея задняя стѣнка остается въ рукавѣ. При выпавшей опухоли передняго свода не существуетъ, а въ задній указательный палецъ входитъ на 4,5 сант. Конецъ катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, прощупывается въ нижнемъ концѣ выпавшей опухоли. Portio vaginalis утолщена. Губы маточнаго зѣва красны, эрозированы. По вправленіи опухоли констатировано: Portio vaginalis стоитъ ниже нормальнаго, обращена впередъ. Матка увеличена въ объемѣ, мало болѣзненна, дно ея прощупывается въ заднемъ сводѣ. Матка свободно подвижна, легко редрессируется, но быстро смѣщается обратно. Длина матки по зонду 8,5 сант. Стѣнки влагалища разрыхлены, висятъ въ складкахъ. Своды опущены, понижены.

Diagnosis: Prolapsus uteri retroverti incompletus. Hypertrophia partis mediae colli uteri. Prolapsus vaginae anterior. Cystocele.

2 февраля В. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Изъ особенностей операціи обращаетъ на себя вниманіе слѣдующее: 1) Лѣвая связка найдена и изолирована легко; 2) На правой сторонѣ какъ наружное отверстіе паховаго канала, такъ и круглая связка найдены съ трудомъ. Вмѣсто связки вначалѣ захваченъ пучекъ мышечной ткани, который перерѣзанъ между двумя лигатурами à demeure. 3) Связки перехвачены лигатурами у мѣста, гдѣ изолированіе прекращено. 4) Правая связка вытянута на 5 сант., лѣвая только на 3 сант., дальше ее нельзя было вытянуть. 5) Каждая связка вшита 2 швами, а всего съ каждой стороны наложено по 6 швовъ. 6) Матка редрессирована въ нормальное положеніе. Пессарій Годже. Операція продолжалась 1 ч. 25 м. Кровотеченія не было.

Послѣоперраціонный періодъ: 1) Раны со втораго же дня оказались сильно втянутыми. Никакой реакціи вокругъ ранъ не было. Швы сняты 10 февраля. Раны зажили per primam intentionem, за исключеніемъ угловъ гдѣ выведены концы связокъ и лигатуры. Раны вполнѣ зажили къ 24 февраля. 2) Выведенные наружу концы связокъ и лигатуры отдѣлились 14 и 19 февраля. 3) T° только одинъ разъ повысилась до 38,4, вечеромъ 5 февраля. 4) Вечеромъ 6 февраля начались регулы и продолжались только 3 дня, необильно. 5) Съ 19 февраля больной разрѣшено ходить.

24 февраля больная изслѣдована, при чемъ найдено: 1) *При пессаріѣ*. Половая щель зіяетъ. Стѣнки рукава не пролабируютъ. Пессарій лежитъ правильно. Передняя стѣнка рукава отвисаетъ, въ видѣ складокъ. Матка занимаетъ срединное положеніе, стоитъ по проводной оси таза. 2) *Безъ пессарія*. При разведеніи губъ передняя стѣнка рукава видна въ introitus vaginae. Передній сводъ стоитъ ниже, задній нормаленъ.

Portio vaginalis отстаетъ отъ входа рукава на 3,5 сант. Матка по проводной оси таза съ нормальной кривизной по ея передней поверхности. При натугѣ и кашлѣ передняя стѣнка рукава выпячивается, въ видѣ шарообразной опухоли, размѣры которой по передней поверхности 5 сант. При выпавшей опухоли палецъ входитъ въ задній сводъ на 6,5 сант., а передній совсѣмъ исчезаетъ. Наружный маточный зѣвъ наружу не показывается, но опускается значительно ниже нормальнаго. Длина матки по зонду 7,5 сант.

Итакъ операція въ данномъ случаѣ имѣла только частичный успѣхъ, т. е. исправилась ретроверсія, а выпаденіе осталось въ меньшей степени. Такой результатъ операціи можетъ быть объясненъ только тѣмъ, что обѣ связки были недостаточно укорочены.

8 марта пессарій извлеченъ. Съ 19 февраля больная постоянно ходитъ, ни на что не жалуется, мочеиспусканіе правильно.

16 марта для устраненія оставшагося пролапса матки и стѣнокъ рукава. В. сдѣланы операціи: 1) Elytrorrhaphia anterior. Овальное окровавленіе. Глубокій обвивной кэтъ-гутовый швовъ и 25 шелковыхъ. 2) Colpoperineorrhaphia по Hegar'у. Отсепарованіе цѣльнаго лоскута произведено ножемъ. Наложено 19 вагинальныхъ и 8 перинеальныхъ швовъ.

Изслѣдованіе предъ операціей дало тѣже результаты, что и 24 февраля. Послѣоперaціонный періодъ протекъ вполнѣ нормально съ высшей t° въ 37,8. Промежностные швы сняты 22 марта, влагалищные 5, 8 марта и 4 апрѣля. Промежность вполнѣ возстановлена. Половая щель не зіяетъ. Сращеніе послѣ кольпорафій полное, рукавъ значительно съуженъ.

23 апрѣля предъ уходомъ больной изъ клиники найдено: Рукавъ съуженъ. Матка занимаетъ нормальное положеніе, свободно подвижна. Связки не напряжены и не прощупываются. В. значительно поправилась. Всѣ болѣзненные симптомы исчезли, свободно ходитъ.

Послѣдній разъ я видѣлъ больную 14 Октября и при изслѣдованіи нашелъ слѣдующее: Половая щель не зіяетъ. Промежность высока. Рукавъ еще съуженъ. На стѣнкахъ его уплотнѣнія на мѣстѣ рубцовъ послѣ кольпорафій. Матка въ нормальномъ положеніи, подвижна, безболѣзненна. Длина матки по зонду 7 сант. Со времени выхода изъ клиники В. опять принялась за свои обычныя занятія.

Наблюденіе VI. (175).

А. С., дѣвица, мѣщанка поступила въ клинику 27 января 1886 г. С. 22 лѣтъ, православная, половою жизнью начала жить на 17 г. Первыя крови появились на 17 году и затѣмъ чрезъ 3 мѣсяца стали являться чрезъ неправильные промежутки, то чрезъ 2, то чрезъ 3 недѣли, продолжаются по 5—7 дней. Рожала 2 раза. Первые роды на 18 году, послѣдніе годъ тому назадъ. Дѣти родились живыми, но вскорѣ умирали. Въ промежуткѣ между первыми и вторыми родами абортировала на 3 мѣсяцѣ. Послѣ 2 родовъ въ теченіи 10 дней было лихорадочное состояніе и сильныя боли внизу живота. Регулы до послѣднихъ

родовъ были неболѣзнены. Чрезъ 3 недѣли послѣ вторыхъ родовъ было кровотеченіе въ теченіи 2 недѣль. Затѣмъ послѣ 6 мѣсячной менопаузы (ребенка не кормила) регулы стали появляться снова въ тѣхъ же неправильныхъ промежуткахъ и съ тою же продолжительностью, но съ сильными болями въ лѣвомъ паху и въ крестцѣ. Послѣдніе 3 мѣсяца боли эти стали постоянны и внѣ менструальныхъ періодовъ, локализируются въ спинѣ, крестцѣ и лѣвомъ паху. Одновременно съ этимъ появились головныя боли, запоры и чувство жженія при мочеиспусканіи. Больная уже прежде много лечилась, но или безъ всякой пользы или съ незначительнымъ облегченіемъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Изслѣдованіе гениталій дало слѣдующіе результаты. Половая щель зіяетъ въ нижней трети. Небольшой зарубцевавшійся разрывъ промежности. Стѣнки рукава разрыхлены. Portio vaginalis нормальной величины и формы, обращена нѣсколько впередъ. Orific. extern. uteri въ видѣ поперечной щели съ небольшимъ надрывомъ на лѣвой сторонѣ. Губы маточнаго зѣва шероховаты. Дно и тѣло матки прощупывается въ заднемъ сводѣ подъ угломъ къ влагалищной части. Матка слегка болѣзненна, подвижна, легко редрессируется въ положеніе антеверсіи, но снова принимаетъ свое первоначальное положеніе. Длина матки по зонду 6,5 сант. Правый сводъ пустъ. Лѣвый нѣсколько сморщенъ, чувствителенъ. Правый яичникъ нормальной величины; лѣвый болѣзненъ, увеличенъ, смѣщенъ внизъ и взадъ. Подвижность яичниковъ сохранена. При зеркальномъ изслѣдованіи portio vaginalis оказывается гиперемированной, а на ея задней губѣ небольшая эрозія.

Diagnosis: Retroflexio uteri. Descensus ovarii sinistri.

25 февраля С. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Довольно обильная подкожно-жирная клѣтчатка затрудняла операцію. Наружныя отверстія паховыхъ каналовъ малы. Связки найдены и вначалѣ плохо изолировались. Правая связка вытянута на 5 сант., лѣвая на 5,5 сант. [1]). Связки вшиты 3 швами, а всего наложено по 6 швовъ. Матка редрессирована въ нормальное положеніе и послѣ операціи удерживается пессаріемъ Годже. Операція продолжалась 1 ч. 20 м.

Послѣоперaціонный періодъ: 1) t^0 все время оставалась нормальной. 2) Больная только въ первые дни жаловалась на боли въ нижней части живота. 3) Раны съ четвертаго дня оказались втянутыми. Инфильтрація и краснота вокругъ ранъ незначительны. Швы сняты 5 марта. Раны зажили на большемъ протяженіи per primam intentionem, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ были точечныя расхожденія краевъ ранъ. Въ нихъ то, равно и въ углахъ, гдѣ выведены концы связокъ и лигатуры, было незначительное нагноеніе. Раны вполнѣ зажили къ 28 марта. 4) Выведенные наружу концы связокъ и лигатуры отдѣлились 5 и 14 марта. 5) Съ 23 по 27 февраля больная менструировала при слабыхъ дисменорройныхъ явленіяхъ. 20 марта больной дозволено сидѣть, а съ 22 ей разрѣшено ходить.

30 марта больная изслѣдована, при чемъ найдено: 1) *при пессаріѣ*:

---

[1]) Въ моемъ предварительномъ сообщеніи по ошибкѣ напечатано укороченіе связокъ на 5 и 3 сант.

Пессарій лежитъ правильно, матка удерживается имъ въ нормальномъ положеніи. 2) *По извлеченіи пессарія.* Матка въ положеніи нормальной антервесіи флексіи, не болѣзненна, подвижна. Круглыя связки непрощупываются и не напряжены. Правый сводъ пустъ. Лѣвый сводъ слегка сморщенъ, болѣзненъ. Въ немъ прощупывается занимающій нормальное положеніе яичникъ. 1 апрѣля пессарій извлеченъ.

4 апрѣля передъ уходомъ больной изъ клиники при изслѣдованіи получены тѣже результаты. С. только по временамъ жалуется на слабыя боли въ лѣвомъ паху. Другіе симптомы исчезли.

Я много разъ видѣлъ потомъ больную и всегда находилъ матку въ нормальномъ положеніи; лѣвый яичникъ оставался болѣзненнымъ и увеличеннымъ. Боли въ лѣвомъ паху по временамъ продолжаютъ безпокоить больную. Менструируетъ чрезъ правильные 3 недѣльные промежутки, иногда безъ боли, иногда съ легкими дисменоройными явленіями. Послѣдній разъ я видѣлъ больную 6 октября и еще разъ могъ констатировать постоянство результатовъ операціи.

Итакъ успѣхъ операціи въ данномъ случаѣ выразился слѣдующимъ: смѣщенная матка и лѣвый яичникъ заняли нормальное положеніе и удерживаютъ его въ теченіи 7 мѣсяцевъ. Болѣзненные симптомы не всѣ исчезли, но оставшіеся могутъ быть объяснены измѣненіями лѣваго яичника.

Наблюденіе VII. (176).

(№ врач. журн. 72). М. Ш. жена солдата, поступила въ клинику 1 февраля 1886 г.

Ш. 45 лѣтъ, лютеранка, замужъ вышла на 34 году. Первые регулы появились на 15 году, сразу установились въ правильные 3 недѣльные промежутки, продолжались по 7 дней. Родила 1 разъ, на первомъ году замужества. Ребенокъ живъ. Послѣдніе 2 года регулы стали сопровождаться болями въ нижней части живота, въ спинѣ и крестцѣ. Послѣдніе мѣсяцы регулы стали значительно обильнѣй. 16 января регулы, начавшіеся въ срокъ, продолжались 12 дней; кровь выдѣлялась большими сгустками. Теперь жалуется на общую слабость, постоянныя боли въ нижней части живота и въ крестцѣ.

Общее изслѣдованіе, кромѣ рѣзко выраженной анэміи, не указало ничего ненормальнаго. Изслѣдованіе гениталій дало слѣдующее: половая щель слегка зіяетъ въ нижней трети. Небольшой зарубцевавшійся разрывъ промежности, который распространяется на заднюю стѣнку рукава, гдѣ обходитъ columп. rugar. post. съ обѣихъ сторонъ на 1,5 сант. Слизистая оболочка рукава разрыхлена, анемична. Задняя стѣнка нѣсколько опущена, при кашлѣ выступаетъ наружу. Portio vaginalis утолщена, обращена впередъ. Orif. ext. uteri въ видѣ поперечной щели съ небольшими эрозіями вокругъ него. Дно и тѣло матки прощупываются въ заднемъ сводѣ, подъ угломъ къ влагалищной части. Матка увеличена въ объемѣ, плотна, подвижна, мало болѣзненна. Своды пусты. Длина матки по зонду 8,5 сант. Редрессація матки при незначительной болѣзненности удается довольно легко, но она снова быстро смѣщается въ первоначальное неправильное положеніе.

Diagnosis. Metritis chronica. Retroversio-flexio uteri. Prolapsus vaginae posterior.

Операцію у этой больной, въ виду затрудненій, встрѣтившихся при выборѣ пессарія, годнаго для удержанія матки, пришлось отложить на нѣкоторое время. Одни изъ пессаріевъ совсѣмъ не удерживались въ рукавѣ, на другихъ матка оставалась искривленной и только пессарій Годже вмѣстѣ съ внутриматочнымъ удерживали матку въ нормальномъ положеніи

26 марта Ш. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Обиліе подкожной жирной клѣтчатки очень затрудняло операцію. На правой сторонѣ съ трудомъ можно было оріентироваться относительно положенія наружнаго паховаго отверстія. Найдя отверстіе, нельзя было даже послѣ тщательныхъ поисковъ отыскать связку. Операція затянулась такъ долго, что оперировать на другой сторонѣ не рѣшились. Въ рану положена длинная дренажная трубка, концы которой выведены наружу чрезъ оба угла раны. Рана зашита 4 глубокими и 1 поверхностнымъ швомъ.

Послѣопераціонный періодъ. 1) t^0 все время оставалась нормальной. 2) Дренажъ извлеченъ 30 марта. Швы сняты 3 апрѣля. Рана къ 6 апрѣля зажила на всемъ протяженіи per primam intentionem. 3) 6 апрѣля начались регулы и оба пессарія, которые больная продолжала носить, извлечены. По извлеченіи пессаріевъ матка найдена ретрофлектированной. Дальнѣйшее примѣненіе внутри маточнаго пессарія оказалось неудобнымъ, въ виду болѣзненности имъ вызываемой, а на одномъ пессаріѣ матка не удерживалась въ нормальномъ положеніи.

10 мая Ш. сдѣлана colpoperineorrhaphia по Hegar'у. Наложено 17 влагалищныхъ и 7 промежностныхъ швовъ. Послѣопераціонный періодъ протекъ также при нормальной t^0. Промежностные швы сняты 16 мая, а влагалищные постепенно до 6 іюня. Сращеніе послѣ кольпоррафіи полное. Промежность возстановлена. Рукавъ съуженъ. Матка въ положеніи ретрофлексіи-версіи, Пессарія ввести нельзя.

14 іюня Ш. выбыла изъ клиники, послѣ чего я ее больше не видѣлъ.

Итакъ въ данномъ случаѣ операція осталась неоконченной

Наблюденіе VIII (177).

(№ врачебн. журн. 225). О. З. жена дворянина, поступила въ клинику 9 апрѣля 1886 г.

З., 21 года, замужъ вышла на 16 году. Первыя крови явились на 13 году, сразу установились въ правильные 4 недѣльные промежутки, продолжались по 5 дней. Рожала 2 раза благополучно. Первые роды на первомъ году замужества, послѣдніе $2^1/_2$ года тому назадъ. Дѣти родились живыми, но теперь живыхъ нѣтъ. Съ марта 1884 г. была 5 мѣсячная менопауза. Регулы вновь появились послѣ пріемовъ kali hypermang. и съ тѣхъ поръ являются правильно каждыя 3 недѣли, продолжаются, какъ и прежде, по 5 дней, но менѣе обильны и сопровождаются чувствомъ тяжести и выниранія въ нижней части живота и цѣ-

лымъ рядомъ нервныхъ припадковъ, напоминающихъ по описанію больной истерію. Постепенно всѣ болѣзненные припадки усилились и стали постоянными и внѣ менструальныхъ періодовъ. З. много лечилась, еще въ октябрѣ 1885 г. у ней діагносцировано искривленіе матки назадъ, носила пессарій, что приносило нѣкоторую пользу, но затѣмъ пессарій былъ извлеченъ, такъ какъ сталъ причинять боль и неловкость.

З. женщина средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, скелетъ правильно развитъ, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, подкожная клѣтчатка достаточно развита, мускулатура слаба. Изслѣдованіе органовъ груди и живота дало слѣдующіе результаты: Границы легкихъ нормальны. Дыхательные шумы нѣсколько жестче на лѣвой сторонѣ. Границы сердца съ лѣвой стороны нѣсколько переходятъ за маммилярную линію. Тоны сердца чисты. Второй тонъ легочный артеріи акцентуированъ. Въ ven jug. анэмическіе шумы. Органы пищеваренія и мочеотдѣнія нормальны. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ констатировано: Промежность надорвана и половая щель невполнѣ замкнута въ своей нижней трети. Соотвѣтственно corpori perinei, на задней стѣнкѣ рукава старый рубецъ, который обходитъ column. rugar. post. съ обѣихъ сторонъ, глубже съ лѣвой. По разведеніи половыхъ губъ видно, что передняя стѣнка рукава нѣсколько опущена. Стѣнки рукава разрыхлены, передняя слегка отвисаетъ. Portio vaginalis на 5 сант. отъ входа рукава. Маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели. На задней губѣ его эгрозія. Матка слегка болѣзненна, незначительно уплотнена, увеличена въ объемѣ, искривлена назадъ. Дно и тѣло ея прощупываются въ заднемъ сводѣ подъ угломъ къ влагалищной части. Въ мѣстѣ перегиба ткань матки очень вяла. Длина матки по зонду 8,5 сант. Своды пусты. Правый нѣсколько объемистѣе лѣваго. Лѣвый сводъ нѣсколько напряженъ, плотнѣй нормальнаго. Лѣвый яичникъ болѣзненъ, смѣщенъ внизъ и взадъ, подвиженъ. Матка легко редрессируется, но, даже принявъ нормальное положеніе, остается еще искривленной по задней поверхности, и только послѣ надавливанія рукой на эту поверхность матка принимаетъ положеніе нормальной антефлексіи версіи.

Diagnosis. Retroflexio uteri. Descensus ovarii sinistri.

Ни одинъ изъ примѣненныхъ пессаріевъ не удерживалъ матку въ нормальномъ положеніи. Она оставалась или совсѣмъ ретрофлектированной, или же, принявъ нормальное положеніе, удерживала искривленіе по задней поверхности.

30 апрѣля З. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Наружныя отверстія паховыхъ каналовъ найдены легко, представляютъ толстые бѣлесоватые сухожильные шнурки. Тракціи связокъ, въ особенности лѣвой, рѣзко измѣняютъ положеніе матки. Связки вытянуты съ каждой стороны на 10 сант. и вшиты надъ вложенными въ рану дренажами 4 швами съ каждой стороны. Остальное протяженіе ранъ закрыто на лѣвой сторонѣ 2 швами, тремя на правой. Пессарій Годже. Кровотеченія не было. Операція продолжалась 1 ч. 30 мин.

Послѣопераціонный періодъ: 1) t^0 до полнаго заживленія ранъ большею частью оставалась нормальной, изрѣдка поднимаясь въ теченіи первой недѣли maximum до 38,2 по вечерамъ. 2) Раны при первой же смѣнѣ

повязки оказались сильно втянутыми. Инфильтрація и краснота были рѣзче выражены на правой сторонѣ, но вообще были незначительны. Дренажи извлечены 4 мая. Швы сняты 9 мая. Правая рана, за исключеніемъ нижняго угла, гдѣ выведены лигатуры и конецъ связки, зажила per primam intentionem. Въ лѣвой ранѣ было незначительное нагноеніе въ верхнемъ углу и въ нѣкоторыхъ уколахъ швовъ; на остальномъ протяженіи и эта рана зажила per primam. Раны зажили вполнѣ только къ 27 іюня. 3) Выведенные наружу концы связокъ и лигатуры отдѣлились 11 и 17 іюня. 4) 23 іюня болной позволено сидѣть, а 29 ей разрѣшено ходить.

5 іюля больная изслѣдована, при чемъ найдено: 1) *До извлеченія пессарія.* Пессарій лежитъ правильно. Portio vaginalis назади. Дно и тѣло матки впереди. 2) *По извлеченіи пессарія.* Передняя стѣнка рукава не отвисаетъ. Матка неболѣзненна, вполнѣ подвижна, въ положеніи нормальной антеверсіи-флексіи. Своды пусты. Лѣвый нѣсколько напряженъ и плотнѣе нормальнаго. Яичники занимаютъ свое нормальное мѣсто, не болѣзненны. Маткѣ легко можетъ быть придано всякое другое положеніе, но она снова быстро принимаетъ нормальное. Круглыя связки не напряжены и не прощупываются.

За время послѣоперационнаго періода со стороны нервныхъ явленій наблюдалось слѣдующее: Типичныхъ истерическихъ припадковъ было 2 и каждый разъ въ зависимости отъ того, что у другихъ больныхъ въ палатѣ, гдѣ лежала З. были такіе припадки. Чувство боли и неловкость въ области сердца, приступы сердцебіенія, которые прежде сильно безпокоили больную, появлялись такъ рѣдко и въ такой слабой степени, что З. удовлетворялась нѣсколькими пріемами Natri bromati. Больная за это время два раза менструировала безъ всякихъ болѣзненныхъ припадковъ. Съ того времени какъ больной позволено встать, она много ходитъ и только въ первые дни чувствовала неловкость въ ногахъ. Питаніе больной значительно улучшилось, аппетитъ хорошъ, ни на что не жалуется. Съ 5 іюля пессарія не носитъ.

14 іюля, предъ уходомъ больной изъ клиники, снова произведено изслѣдованіе съ тѣмъ же результатомъ, что и 5 іюля. Больная за это время много гуляла. Нервные припадки ее очень мало безпокоятъ. Общее состояніе З. еще болѣе поправилось. Прежде всегда грустная З. теперь находится въ хорошемъ расположеніи духа. Другихъ жалобъ нѣтъ.

По выходѣ З. изъ клиники, я видѣлъ ее только одинъ разъ, 27 Октября. Матка лежитъ нормально. Общее состояніе очень хорошее. Припадковъ нѣтъ.

Итакъ эффектъ операціи въ данномъ случаѣ выразился нормальнымъ положеніемъ матки и яичника и исчезновеніемъ цѣлаго ряда общихъ и мѣстныхъ припадковъ.

Наблюденіе IX. (178).

(№ врач. журн. 243). А. Е., жена чиновника, поступила въ клинику 17 апрѣля 1886 года.

Е. 33 лѣтъ, замужъ вышла на 20 году. Первыя крови явились на

15 году, сразу установились въ правильные 4 недѣльные промежутки, продолжались по 6 дней. Рожала 1 разъ на 3 году замужества. Ребенокъ живъ. До родовъ была вполнѣ здорова. Послѣ родовъ около 3 мѣсяцевъ была больна. Болѣзнь сопровождалась лихорадочнымъ состояніемъ и острыми болями въ нижней части живота. Съ этого времени регулы стали появляться неправильно, то чрезъ 2, то чрезъ 3 недѣли, иногда очень обильно, иногда въ видѣ кровянистой слизи, но всегда сопровождаются острою болью въ нижней части живота, крестцѣ и спинѣ. Означенные болѣзненные припадки иногда появляются и внѣ менструальныхъ періодовъ, продолжаются отъ 5 дней до мѣсяца, послѣ чего наступаетъ свѣтлый промежутокъ, въ которомъ Е. чувствуетъ только слабость и недомоганіе.

Больная высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, скелетъ правильно развитъ. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, подкожная клѣтчатка и мускулатура слабо развиты. Область груди покрыта пятнами pytiriasis versicolor. Кромѣ анэмическаго шума, въ ven. jugul. ничего ненормальнаго со стороны органовъ груди и живота не замѣчено. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ констатировано: Наружные половые органы нормальны. Промежность цѣла, не растянута. Portio vaginalis цилиндрической формы, отстоитъ отъ входа рукава на 6 сант., обращена впередъ. Маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели, боковыхъ надрывовъ нѣтъ. Дно и тѣло матки увеличены, слегка болѣзненны, прощупываются въ заднемъ сводѣ подъ угломъ къ влагалищной части. Длина матки по зонду 8 сант. Своды не опущены. Лѣвый сводъ нѣсколько напряженъ. Въ немъ прощупывается незначительно увеличенный, болѣзненный яичникъ. Матка подвижна, но редрессируется съ трудомъ. Редрессаціи препятствуетъ напряженіе брюшныхъ мышцъ и появляющаяся при этомъ болѣзненность въ заднемъ сводѣ. Редрессировать матку удалось послѣ того, какъ больная въ теченіи нѣсколькихъ дней часто принимала положеніе à la vache, при чемъ задній сводъ выполнялся глицериновыми тампонами. Редрессированная матка, какъ пружина отскакиваетъ въ свое первоначальное ненормальное положеніе при первомъ глубокомъ дыханіи больной, равнымъ образомъ и послѣ извлеченія пессарія Годже, которымъ матка вполнѣ удерживается въ нормальномъ положеніи.

Diagnosis: Retroflexio uteri.

12 мая Е. оперирована профессоромъ К. Ф. Славянскимъ. Лѣвое наружное отверстіе паховаго канала легко найдено. Ножки его ясны видны. Помѣщавшійся въ отверстіи рыхлый жировой пучекъ захваченъ широкимъ пинцетомъ и тщательно осмотрѣнъ, но при всѣхъ стараніяхъ связка не найдена. Пучекъ былъ очень хрупкій и при одной изъ тракцій порвался глубоко въ паховомъ каналѣ. На периферическій конецъ его наложена лигатура, которая вмѣстѣ съ пучкомъ выведена чрезъ нижній уголъ раны. Въ рану вложенъ дренажъ, надъ которымъ она зашита 5 глубокими швами. На другой сторонѣ оперировать не рѣшились.

Послѣопераціонный періодъ протекъ при нормальной t°. Рана, за исключеніемъ нижняго угла, зажила per primam intentionem. Выведенный наружу пучекъ отдѣлился 29 мая. Рана вполнѣ зарубцевалась къ 3 Іюня

Съ пессаріемъ Е. чувствуетъ себя относительно хорошо. Матка удер-

живается имъ въ нормальномъ положеніи. Въ клиникѣ менструировала 2 раза безболѣзненно. Изрѣдка только жалуется на крестцовыя боли. По извлеченіи пессарія матка моментально принимаетъ положеніе ретрофлексіи, представляя тѣ-же трудности для редрессаціи, что и при поступленіи больной въ клинику. 15 іюля больная отпущена изъ клиники съ пессаріемъ Годже, который хорошо фиксируетъ матку.

Я много разъ видѣлъ больную потомъ. Общее состояніе ея нисколько не улучшилось, регулы иногда съ болями, иногда безъ болей. Матка пессаріемъ удерживается въ нормальномъ положеніи. 18 сентября я извлекъ пессарій въ виду появившихся болей въ нижней части живота и матка снова приняла положеніе ретрофлексіи.

Итакъ этотъ случай представляетъ вторую неоконченную операцію.

Наблюденіе X. (179).

(№ врач. журн. 337). М. М., жена фейерверкера, поступила въ клинику 24 мая 1886 г.

М. 48 лѣтъ, православная, замужъ вышла на 17 году. Первыя крови появились на 17 году, сразу установились въ правильные 4 недѣльные промежутки, продолжались по 6 дней. Послѣдніе регулы 4 мѣсяца тому назадъ. Рожала 4 раза всегда благополучно. Первые роды на 2 году замужества, послѣдніе 4 года тому назадъ. Всѣ дѣти родились живыми. Оставшихся въ живыхъ нѣтъ. Жалуется на выпаденіе матки, чувство тяжести и выпиранія въ нижней части живота, неловкость при ходьбѣ и невозможность работать, затрудненное и частое мочеиспусканіе. М. не можетъ мочиться, не вправивъ предварительно опухоли, которая выступаетъ изъ половыхъ частей и виситъ между бедрами. Болѣзнь началась послѣ послѣднихъ родовъ постепенно появленіемъ неловкости, чувства тяжести и выпиранія въ нижней части живота. До конца 1885 г. припадки эти мало по малу усиливались, но не особенно безпокоили больную и не препятствовали ей вести обычный трудовой образъ жизни. Въ декабрѣ 1885 г. М. несла тяжелую корзину съ бѣльемъ на чердакъ и тотчасъ послѣ этого замѣтила, что изъ половыхъ частей выступила наружу опухоль, величиною съ куриное яйцо. Въ первое время опухоль показывалась только при ходьбѣ и работѣ, но постепенно объемъ выпадавшей опухоли увеличивался и она стала показываться при малѣйшемъ физическомъ напряженіи, даже при горизонтальномъ положеніи больной опухоль уходила обратно только отчасти. Съ появленіемъ и увеличеніемъ выпадавшей опухоли шло прогрессивное усиленіе субъективныхъ ощущеній, главнымъ же образомъ опухоль затрудняла ходьбу и лишала больную возможности работать. Кромѣ того послѣдніе 6 мѣсяцевъ М. стала часто покашливать, изрѣдка лихорадить и страдать разстройствомъ кишечнаго канала, то поносами, то запорами. Больная пробовала носить пессаріи, но они не удерживались.

Больная — женщина высокаго роста, скелетъ правильно развитъ, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, мускулатура вяла, подкожная клѣтчатка слабо развита. При изслѣдованіи органовъ груди и живота никакихъ объективныхъ данныхъ, указывающихъ на серьезное

измѣненіе органовъ не найдено. Замѣченное же притупленіе перкуторнаго звука въ верхушкахъ обѣихъ легкихъ можно объяснить существованіемъ стараго интерстиціальнаго процесса. Изслѣдованіе половыхъ органовъ дало слѣдующее: половая щель сильно растянута. Изъ нея выступаетъ и виситъ между бедрами больной опухоль грушевидной формы, величиною болѣе кулака взрослаго человѣка. Длина опухоли по передней поверхности 12 сант., по задней 8 сант. Самая большая окружность 14 сант. При кашлѣ и натугѣ размѣры опухоли нѣсколько увеличиваются. Въ верхней части передней поверхности опухоли видно наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала. Конецъ катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, прощупывается у нижняго конца опухоли, образуемаго утолщенной влагалищной частью. Маточный зѣвъ въ видѣ поперечной щели; губы его сглажены, эрозированы. Ни передняго, ни задняго свода при выпавшей опухоли нѣтъ. Дно матки не прощупывается на его нормальномъ мѣстѣ. Увеличенная тяжелая, неболѣзненная, ретрофлектированная матка почти цѣликомъ помѣщается въ выпавшей опухоли. Зондъ входитъ въ полость матки на 11 сант. Удлиненіе полости, главнымъ образомъ, зависитъ отъ гипертрофіи надвлагалищной части шейки матки. Слизистая оболочка вывороченныхъ стѣнокъ рукава суха, мѣстами шелушится; на передней стѣнкѣ рукава, ближе къ port. vag., 2 обширныя неправильной формы язвы, одна такая же на задней стѣнкѣ. Выпавшая матка легко и безболѣзненно вправляется. По вправленіи констатируемъ слѣдующее: промежность растянута, надорвана. На задней стѣнкѣ рукава, соотвѣтственно corpori perinei, рубецъ, обходящій column. rugar. post. съ лѣвой стороны на 3 сант. Introitus vaginae широкъ, зіяетъ. Стѣнки рукава отвисаютъ, въ видѣ складокъ, особенно передняя. Своды пусты, стоятъ ниже нормальнаго. Матка понижена, въ положеніи ретрофлексіи, свободно подвижна, легко редрессируется, такъ что ей можно придать положеніе рѣзкой антеверсіи. Яичники не прощупываются. Стѣнки рукава выпадаютъ снова, какъ только извлеченъ палецъ; при этомъ передняя стѣнка выпадаетъ прежде и больше задней. При малѣйшемъ движеніи больной или кашлѣ и матка также выступаетъ изъ половой щели.

Diagnosis: Prolapsus uteri retroflecti completus cum inversione totali vaginae. Cystocele. Hypertrophia supravaginalis colli uteri.

До 12 іюля больная пробыла въ клиникѣ въ ожиданіи операціи, отложенной на такой долгій срокъ отчасти въ виду обширнаго изъязвленія стѣнокъ рукава, препятствовавшаго введенію пессарія послѣ операціи, отчасти потому, что я не рѣшался оперировать прежде, чѣмъ не достаточно изучу эту операцію на трупѣ.

Состояніе больной за это время было слѣдующее: нѣсколько разъ М. по вечерамъ лихорадила съ повышеніемъ t° до 38,5°. Повышенію t° соотвѣтствовало усиленіе приступовъ кашля, на который больная постоянно жаловалась. Со стороны легкихъ, за исключеніемъ уже упомянутыхъ объективныхъ данныхъ, мы не находили другихъ для объясненія описанныхъ явленій. Желудочно-кишечный каналъ больной также неправильно работалъ, то нѣсколько дней сряду поносы, то запоры. Въ

общемъ М. чувствовала себя все же бодро, хотя питаніе ея за время пребыванія въ клиникѣ замѣтно упало.

Въ половыхъ органахъ ко дню операціи произошли слѣдующія измѣненія: размѣры выпавшей опухоли нѣсколько уменьшились. Длина по передней поверхности 10,5 сант., по задней 6 сант., самая большая окружность 10,5 сант. Слизистая оболочка рукава не такъ суха, шелушеніе прекратилось, язвы на большемъ протяженіи заживлены. Длина полости матки 11 сант.

12 іюля М. была мною оперирована. Пупартовы связки рѣзко очерчены и наружное отверстіе паховаго канала отчетливо прощупывается на обѣихъ сторонахъ. Круглыя связки легко найдены и изолированы, вытягивались свободно. Связки сухожильнаго вида и у задняго конца толщиною въ 5 мм., вытянуты на правой сторонѣ на 10 сант. и на 11 сант. на лѣвой, причемъ на дальнемъ концѣ каждой изъ нихъ замѣчено бѣловатое кольцо отъ инвагинировавшейся вмѣстѣ съ ними въ паховой каналъ брюшины, покрывающей связки. Предъ вытягиваніемъ связокъ матка редрессирована въ положеніе антеверсіи. На дальній конецъ связокъ у брюшиннаго кольца наложены нетуго занятутыя шелковыя лигатуры à demeure. На правой сторонѣ подъ связку положена дренажная трубка. Связки у ихъ периферическаго конца перерѣзаны между лигатурами и вшиты по длинѣ раны съ каждой стороны 4 швами. Избытокъ связокъ и лигатуры съ ихъ периферическихъ концовъ выведены наружу чрезъ нижній уголъ раны. Остальное протяженіе ранъ зашито съ каждой стороны однимъ швомъ. Матка фиксирована въ приданномъ ей положеніи, введеннымъ in vaginam нессаріемъ Годже № 10¼. Кровотеченія не было. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ: 1) Раны со втораго же дня оказались сильно втянутыми. Инфильтраціи и красноты вокругъ ранъ не было до ихъ полнаго заживленія. Дренажъ извлеченъ на 4 день. Всѣ швы сняты 19 іюля. Къ этому времени раны на всемъ протяженіи, за исключеніемъ нижнихъ угловъ, чрезъ которые выведены наружу концы связокъ и лигатуры, зажили per primam intentionem. 2) Выведенные наружу концы связокъ быстро мумифицировались и отдѣлились 22 и 28 іюля. Лигатуры съ периферическихъ отрѣзковъ связокъ отдѣлились 22 и 31 іюля. 3) Нижній уголъ лѣвой раны вполнѣ зарубцевался къ 7 августа. На правой сторонѣ 25 іюля изъ нижняго угла раны извлечено нѣсколько кусочковъ омертвѣлой клѣтчатки. Заживленіе этого угла раны шло очень медленно при постоянномъ незначительномъ нагноеніи. 12 августа чрезъ отверстіе, оставшееся здѣсь, можно было провести зондъ по длинѣ сдѣланнаго при операціи разрѣза на 1,5 сант. Здѣсь, можетъ быть, вслѣдствіе туже затянутой лигатуры на дальнемъ концѣ связки, ея передняя часть омертвѣла и результатомъ этого очевидно образовался гранулирующій карманъ, который вполнѣ закрылся къ 1 октября. 4) t° бывшая нормальной въ первые три дня, повысилась утромъ 4 дня до 38,6° и съ тѣхъ поръ дала кривую весьма неправильнаго типа съ неоднократными повышеніями, которыя чередовались съ полными ремиссіями въ нѣсколько дней. 5) Съ первоначальнымъ повышеніемъ t° мы могли констатировать еще и другія явленія. Больная жаловалась въ первые дни

на боль въ межреберныхъ промежуткахъ, лѣвомъ плечевомъ сочлененіи и въ области лопатокъ и метеоризмъ. Боль была постоянная, усиливалась при давленіи, но измѣненій объективныхъ въ этихъ мѣстахъ не найдено. Изслѣдованіе органовъ груди и живота указало ослабленіе дыханія и незначительные хрипы въ нижнихъ доляхъ обѣихъ легкихъ. Животъ былъ нѣсколько вздутъ. Область перкуторнаго звука селезенки была увеличена. Ни матка, ни своды не были болѣзненны. Къ 23 іюля всѣ эти явленія исчезли. 6) Кашель и неправильности въ отправленіи кишечнаго канала послѣ операціи, въ особенности за послѣднее время, замѣтно усилились и не такъ легко уступаютъ терапевтическимъ мѣрамъ. 7) 10 августа больной позволено было сѣсть, а 16 августа ей разрѣшено встать.

18 августа больная изслѣдована при различныхъ условіяхъ, причемъ констатировано слѣдующее: 1) *Въ горизонтальномъ положеніи до извлеченія пессарія.* При разведеніи губъ видно, что передняя часть пессарія выдается нѣсколько во входъ рукава. Пессарій лежитъ правильно. Передняя стѣнка рукава немного отвисаетъ, задній сводъ напряженъ. Portio vaginalis назади и высоко, сглажена. Матка увеличена въ объемѣ, находится въ нормальномъ положеніи, дно ея нѣсколько выше лоннаго соединенія. 2) *По извлеченіи пессарія:* А) *въ горизонтальномъ положеніи.* Передняя стѣнка рукава, при разведеніи губъ, видна въ видѣ отвисающаго валика. Складка передней стѣнки рукава теперь больше. Задняя стѣнка не напряжена, но складокъ нѣтъ. Portio vaginalis на своемъ нормальномъ мѣстѣ. Матка увеличена въ объемѣ, свободно подвижна, занимаетъ нормальное положеніе. Правый сводъ пустъ, въ лѣвомъ корнѣ широкой связки небольшое малоболѣзненное уплотнѣніе. При натугѣ и кашлѣ передняя стѣнка замѣтно опускается во входъ, также и задняя, но значительно меньше передней. Portio vaginalis нисколько не опускается и матка сохраняетъ свое нормальное положеніе. В) *При вертикальномъ положеніи больной.* Передняя стѣнка отвисаетъ до такой же степени, какъ при горизонтальномъ положеніи при натугѣ и кашлѣ. При натугѣ теперь стѣнки рукава, преимущественно передняя, еще нѣсколько опускаются, но изъ-за большихъ губъ не выдаются. Матка сохраняетъ свое нормальное положеніе и нисколько не опускается.

При зеркальномъ изслѣдованіи констатировано, что язвы на стѣнкахъ рукава вполнѣ зажили.

Больная оставлена безъ пессарія съ предупрежденіемъ не особенно много ходить въ первые дни. Ходитъ свободно, чувство выпиранія и тяжести въ нижней части живота исчезло. Мочеиспусканіе правильно.

Произведенное въ тотъ же день изслѣдованіе грудныхъ органовъ дало слѣдующіе результаты: Надъ и подъ правой ключицей перкуторный звукъ притупленъ. Такое же притупленіе замѣтно сзади надъ лопаткой съ той-же стороны. Слѣва сзади, соотвѣтственно нижней долѣ легкаго, притупленный тонъ съ тимпаническимъ оттѣнкомъ. При аускультаціи спереди надъ обѣими ключицами слышно жесткое дыханіе, сзади съ правой стороны выдохъ съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ; сзади же въ разныхъ мѣстахъ слышны крупно и мелко пузырчатые хрипы. Перкуторныя границы сердца нормальны, первый тонъ нечистъ, второй тонъ art. pulm. акцентуированъ.

25 сентября М. демонстрирована въ засѣданіи акушерско-гинекологическаго общества въ СПБ. Полученные при изслѣдованіи результаты тѣ-же, что и 18 августа. Только матка нѣсколько уменьшилась, длина ея по зонду 9 сант. и уплотнѣніе въ корнѣ лѣвой широкой связки исчезло.

Проф. Лазаревичъ [1]), изслѣдовавшій больную, констатировалъ, что матка находится въ нормальномъ положеніи и сохраняетъ нормальную подвижность, Со времени, что больной разрѣшено было встать, она свободно ходитъ, ни на какіе припадки со стороны половыхъ органовъ не жалуется. Пессарія не носитъ съ 18 августа.

Питаніе больной послѣ операціи прогрессивно падаетъ и къ 25 сентября М. замѣтно исхудала, жалуется на общую слабость и головокруженіе. T⁰ и теперь часто остается повышенной, въ особенности по вечерамъ.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни у М. представляетъ картину прогрессивнаго развитія существовавшаго легочнаго процесса. Больная слабѣетъ и худѣетъ съ каждымъ днемъ и съ первыхъ чиселъ ноября уже не оставляетъ постели. Со стороны половыхъ органовъ интересно отмѣтить, что не смотря на рѣзкое исхуданіе и сильные приступы кашля, матка все же оставалась въ нормальномъ положеніи. Передняя стѣнка рукава едва замѣтно опустилась, но показывалась между половыми губами на 1,5—2 сант. только при сильномъ кашлѣ.

Послѣдній разъ М. изслѣдована 21 ноября. Матка въ положеніи нормальной антефлексіи, неболѣзненна, подвижна, замѣтно уменьшилась въ объемѣ.

24 ноября въ 10 часовъ утра М. умерла.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе, произведенное 25 ноября г. прозекторомъ Бурцевымъ дало слѣдующіе результаты:

Паралельно и выше пупартовой связки на обѣихъ сторонахъ замѣтны линейные рубцы, которые отъ tuberculum pubicum направляются вверхъ и наружу на протяженіи 4,5 сант. Половая щель въ нижней половинѣ зіяетъ. Передняя стѣнка рукава опущена до входа. Матка при изслѣдованіи per vaginam найдена въ положеніи ретроверсіи, не понижена.

Полость черепа. Оболочки и вещество мозга малокровны.

Полость груди. Въ полости *лѣвой плевры* обильное количество гноевидной мутной жидкости. *Легкое* сдавлено, отодвинуто къ позвоночнику, плевра его покрыта пленками фибрина; ткань этого легкаго въ разрѣзѣ проникнута мелкими творожистыми гнѣздами и узелками, изрѣдка попадаются каверны съ гноевиднымъ содержимымъ. Одна изъ кавернъ въ грецкій орѣхъ на границѣ верхней доли съ нижней расположена по периферіи. Плевра *праваго легкаго* покрыта небольшимъ количествомъ фибринознаго эксудата, верхняя половина его тоже пронизана творожистыми гнѣздами и узелками въ верхушкѣ и мелкими кавернами; нижній отдѣлъ отеченъ. *Сердце* на периферіи ожирѣло; двустворчатая заслонка по краямъ утолщена, nodula Arantii увеличены, мускулатура бураго цвѣта.

Полость живота. Тонкія кишки выполняютъ всю полость малаго

---

[1]) Протоколъ акушерско-гин. Общества въ СПБ. 1886. № 4, стр. 72.

таза. Ни матки ни мочевого, пузыря не видно. По извлеченіи кишекъ найдено: *Матка* лежитъ въ полости малаго таза на rectum и незначительно отклонена влѣво. Искривленіе по передней поверхности матки осталось. Мочевой пузырь сжатъ. Передне-задній діаметръ мочепузырнаго пространства 9 сант. Круглыя связки разслаблены и идутъ полукругомъ снаружи и сверху внутрь и внизъ. Excavatio recto-uterina хорошо выражена; въ ней помѣщается только rectum и flexura sygmoidea. Крестцово-маточныя связки не напряжены и не рѣзко очерчены. *Матка* свободно подвижна впередъ и въ боковыя стороны. Длина полостныхъ частей круглыхъ связокъ—лѣвой 9 сант. и правой 10 сант. Видимыхъ простымъ глазомъ измѣненій въ круглыхъ связкахъ не замѣтно. Внутреннее отверстіе лѣваго паховаго канала открыто и на сант. пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Длина матки съ толщей дна 8 сант. Длина по зонду 6,5 сант. Лѣваго яичника не видно, онъ окутанъ соединительно-тканными перемычками, но подвиженъ. По направленію къ rectum отъ лѣваго яичника и широкой связки идутъ двѣ старыя растянутыя тесьмообразныя перемычки. При попыткахъ низвести матку, удается опустить portio vaginalis только до входа рукава, причемъ lig. sacro-uterina сильно напрягаются, а ложныя перемычки остаются разслабленными.

Печень увеличена, ткань ея въ разрѣзѣ мускатна, желчный пузырь содержитъ значительное количество тягучей дегтеобразной желчи.

Почки. По отдѣленіи капсулы почки зернисты и даже дольчаты, вслѣдствіе рубцовыхъ перетяжекъ; корковый слой неравномѣрно истонченъ. На поверхности его мѣстами пигментные рубцы. Мальпигіевъ слой блѣденъ, плотенъ. *Селезенка* сморщена. Капсула мутна, пульпа коричневаго цвѣта съ значительнымъ развитіемъ трабекулъ. Стѣнки *кишекъ* тонки. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала малокровна.

Итакъ, въ этомъ случаѣ матка въ теченіи $4^1/_2$ мѣсяцевъ послѣ операціи сохраняла нормальное положеніе при самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ. Болѣзненные симптомы, зависѣвшіе отъ смѣщенія матки, исчезли. Существовавшій пролапсъ стѣнокъ рукава большею частью устраненъ и осталось только незначительное cystocele.

При вскрытіи констатировано, что круглыя связки имѣютъ нормальные размѣры. Лѣвая связка, больше укороченная, отклонила матку нѣсколько влѣво. Положеніе матки оказалось такимъ же, какъ и на другихъ трупахъ.

Изъ вышеприведеннаго описанія нашихъ клиническихъ наблюденій видно, что возрастъ оперированныхъ колебался между 21 и 48 годами.

Всѣ больныя, за исключеніемъ одной (набл. 172), рожали, большинство изъ нихъ были многорожавшія.

Симптомы болѣзни развились у большинства за нѣсколько лѣтъ до поступленія въ клинику; 8 изъ больныхъ много лѣчились, носили пессаріи, но ни то, ни другое не приносило никакой пользы или только временную.

По формамъ смѣщенія матки наши больныя распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Retroflexio uteri 6 случаевъ (набл. 170, 171, 172, 175, 177 и 178). Изъ нихъ 3 (набл. 172, 175 и 177) были осложнены смѣщеніемъ лѣваго яичника; 2 (набл. 170 и 171) выпаденіемъ стѣнокъ рукава и 1 (набл. 170) въ то же время опущеніемъ матки.

Retroversio-flexio uteri 1 случай (набл. 176), осложненный незначительнымъ выпаденіемъ задней стѣнки рукава.

Prolapsus uteri 3 случая (набл. 173, 174 и 179). Изъ нихъ въ одномъ (набл. 174) матка была наклонена, а въ другомъ (набл. 179) искривлена назадъ.

Послѣ операціи матка приняла нормальное положеніе въ 4 случаяхъ ретрофлексіи (набл. 170, 171, 175 и 177) и въ одномъ случаѣ пролапса (набл. 179). Въ одномъ случаѣ пролапса (набл. 174) получился частичный эффектъ, т. е. исправилась ретроверсія, а выпаденіе осталось въ меньшей степени. Въ одномъ случаѣ ретрофлексіи (набл. 172) и одномъ случаѣ пролапса (набл. 173) операція не дала никакого результата. Въ двухъ изъ нашихъ случаевъ (набл. 176 и 178) операція осталась неоконченной.

Итакъ изъ 10 нашихъ случаевъ операція, по отношенію къ исправленію неправильнаго положенія матки, только въ 5 оказалась вполнѣ успѣшной и въ одномъ эффектъ получился неполный.

Я уже говорилъ о причинахъ полнаго и частичнаго неуспѣха операціи въ нашихъ случаяхъ, такъ что могу снова не возвращаться къ подробностямъ этого вопроса. Долженъ только дополнить, что неуспѣхъ операціи въ наблюденіи 173 объясняется тѣмъ, что операція въ этомъ случаѣ была противупоказана, но предусмотрѣть такіе случаи очень трудно и они всегда будутъ давать извѣстный контингентъ неуспѣшныхъ операцій. Въ остальныхъ случаяхъ неуспѣхъ операціи, равно и невозможность довести ее до конца легко объясняются затрудненіями въ техникѣ операціи, указанными при изложеніи анатомическихъ изслѣдованій.

Опущеніе яичниковъ устранено операціей въ тѣхъ случаяхъ (набл. 175 и 177), гдѣ и положеніе матки исправлено.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція имѣла полный успѣхъ, связки вытянуты отъ 5—11 сант.

Выпаденіе стѣнокъ рукава послѣ операціи уменьшилось только въ извѣстной степени и полное устраненіе этого осложненія смѣщеній матки всегда требовало дополнительной пластической операціи.

Симптомы, зависѣвшіе отъ смѣщенія матки и яичниковъ послѣ успѣшныхъ операцій вполнѣ исчезли и только въ одномъ случаѣ (набл. 175) остались боли въ лѣвомъ паху, которыя легко могутъ быть объяснены измѣненіями въ увеличенномъ и болѣзненномъ яичникѣ той же стороны.

Послѣопераціонный періодъ въ случаяхъ, гдѣ не было осложненій, протекалъ большею частью при нормальной t^{0} и иногда только съ рѣдкими и незначительными повышеніями.

Въ 8 случаяхъ раны на большемъ протяженіи зажили per primam intentionem и только въ нижнихъ углахъ, гдѣ были выведены концы связокъ и лигатуры, заживленіе произошло per secundam. Въ двухъ случаяхъ въ ранахъ замѣчено болѣе или менѣе обильное нагноеніе.

Изъ 6 больныхъ, у которыхъ матка приняла нормальное положеніе, 5 находились подъ нашимъ наблюденіемъ до послѣдняго времени и мы всегда могли констатировать нормальное положеніе матки.

Время, протекшее послѣ успѣшныхъ операцій, колеблется между годомъ и $4^{1}/_{2}$ мѣсяцами.

Связки ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ послѣ операціи не были напряжены и не могли быть прощупаны.

Фиксированнаго положенія матки послѣ удачныхъ операцій мы не могли замѣтить.

V.

1) Было ли необходимо выдвинуть новый методъ леченія нѣкоторыхъ неправильныхъ положеній матки въ виду массы уже существующихъ?

2) Какія основанія имѣются для объясненія дѣйствія укороченныхъ круглыхъ связокъ на положеніе матки?

3) Какія показанія могутъ быть установлены для этой операціи?

4) Какіе результаты получены послѣ этой операціи?

5) Съ какими опасностями сопряжена операція?

6) Какія послѣдствія она влечетъ за собой?

I. Для рѣшенія перваго вопроса намъ нѣтъ необходимости говорить объ оперативныхъ методахъ, предложенныхъ для леченія загибовъ и наклоненій матки назадъ. Большинство изъ нихъ примѣнялось только ихъ авторами, рѣдко и другими хирургами и всѣ уже давно оставлены и забыты. Одна только операція Koeberle-Schroeder'а по временамъ еще примѣняется, но объ ней мы скажемъ позже. Здѣсь же мы должны коснуться, главнымъ образомъ, механическаго леченія загибовъ и наклоненій матки назадъ пессаріями и пластическихъ операцій, предложенныхъ для леченія выпаденія матки. Гораздо легче доказать необходимость новаго метода леченія, въ виду уже пріобрѣвшихъ право гражданства, для заднихъ смѣщеній, чѣмъ для выпаденія матки.

Обращаясь къ статистикѣ результатовъ механическаго леченія ретроверсіи и флексіи, мы свободно можемъ выбрать первую статью, касающуюся этого вопроса, чтобы найти тамъ указанія для доказательства такой необходимости.

Fränkel, въ своей статьѣ «Über die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviationen des Uterus» [1]), на 3028 гинекологическихъ больныхъ изъ его частной практики насчитываетъ 417 случаевъ заднихъ смѣщеній матки.

Изъ нихъ въ 26 не требовалось леченія, въ 39 были сращенія и въ 58 (irreponible) механическое леченіе не могло быть примѣнено. Въ остальныхъ 294 леченіе пессаріемъ Thomas'а дало слѣдующіе результаты: окончательное излѣченіе смѣщенія получено въ 24 случаяхъ — 8,1%, при чемъ паціентки носили пессарій среднимъ числомъ годъ и maximum $2^1/_2$ года. Болѣзненные симптомы исчезли вполнѣ только у тѣхъ больныхъ, которыя носили пессарій $3^1/_2$ года; тѣ же, которыя носили пессарій отъ 3—6

[1]) Tagebl. der 59 Versammlung deutsch. Naturfor. und Aerzte. Berlin. 1886. стр. 214.

мѣсяцевъ имѣли только временное облегченіе болѣзненныхъ припадковъ.

Я выбралъ статью Fränkel'я по двумъ причинамъ: 1) Fränkel отрицаетъ значеніе укороченія круглыхъ связокъ для леченія заднихъ смѣщеній матки и 2) пессарій Thomas'а, который имъ примѣнялся, заслужилъ одобреніе такихъ авторитетовъ механическаго леченія смѣщеній матки, какъ Olshausen и Fritsch [1]).

Мы ограничимся для нашихъ цѣлей статьей Fränkel'я, хотя могли бы привести цифры Löhlein'а и Mundé, у которыхъ леченіе пессаріями дало еще менѣе благопріятные результаты. Хотя Schroeder [2]) и не считаетъ результаты механическаго леченія столь неблагопріятными, какъ Mundé и Löhlein, но и онъ говоритъ: [3]) «Въ нѣкоторыхъ случаяхъ матка снова принимаетъ первоначальное неправильное положеніе по извлеченіи пессарія, который больная носила даже въ теченіи многихъ лѣтъ».

Помимо того, самое множество пессаріевъ и различные отзывы авторитетныхъ гинекологовъ объ одномъ и томъ же пессаріѣ говорятъ за то, что они не всегда удовлетворяютъ желаемой цѣли.

Мы не говоримъ уже о томъ, что леченіе пессаріями требуетъ продолжительнаго времени, постояннаго наблюденія за больными (что не всегда возможно), а нѣкоторыя больныя совсѣмъ не переносятъ пессарія.

И сказаннаго вполнѣ достаточно, чтобы оправдать попытку Alexander'а и его послѣдователей выдвинуть укороченіе круглыхъ связокъ, какъ методъ леченія нѣкоторыхъ неправильныхъ положеній матки.

Если того же нельзя сказать о пластическихъ операціяхъ, предложенныхъ для леченія выпаденія матки, за которыми несомнѣнно слѣдуетъ признать значеніе радикальныхъ методовъ, то и относительно ихъ можно найти указанія, что 1) пластическими операціями устраняется только выпаденіе матки, но не придается ей нормальнаго положенія и 2) рецидивъ пролапса возможенъ и послѣ этихъ операцій.

---

[1]) Billroth u. Luecke. Handb. der Frauenkrankh. 1885. B. I, стр. 748—750.
[2]) Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1886, стр. 172.
[3]) Ibidem, стр. 172.

Въ подтвержденіе сказаннаго мы можемъ указать на недавно появившуюся статью Martin'а «Ueber Prolapsoperationen)» [1]). Между 192 больными, подвергнутыми имъ операціи, болѣе чѣмъ въ 90% выпаденіе матки было осложнено ея загибомъ назадъ. Изъ нихъ только въ 17 случаяхъ операціей устранена и ретрофлексія, въ остальныхъ раньше или позже опять можно было констатировать загибъ матки назадъ, а у 5 больныхъ вызванные ретрофлексіей симптомы заставили Martin'а снова прибѣгнуть къ пессарію. Изъ этихъ же 192 случаевъ въ 11 послѣдовалъ рецидивъ пролапса [2]).

Hofmeier [3]) также указываетъ, что прогнозъ пластическихъ операцій неодинаковъ для всѣхъ случаевъ выпаденія матки. Лучше онъ при вторичномъ пролапсѣ, а при первичномъ, говоря его словами [4]), «мы должны довольствоваться тѣмъ, чтобы возстановленіемъ промежности создать такія условія, при которыхъ можно было бы ограничиться простымъ пессаріемъ».

И Schroeder также отмѣчаетъ, что не всегда пластической операціей можно достигнуть желаемой цѣли. «Наклонность рукава къ расширенію», говоритъ онъ, «такъ велика, что даже и послѣ вполнѣ удачной операціи желательно ношеніе пессарія, чтобы предупредить постепенное развитіе рецидива» [5]).

Наконецъ, я могу здѣсь указать еще и на то, что гинекологи, отрицающіе пользу укороченія круглыхъ связокъ при заднихъ смѣщеніяхъ матки, придаютъ этой операціи значеніе вспомогательной при выпаденіи матки.

II. Чтобы подойти къ рѣшенію втораго вопроса, мы прежде всего должны опредѣлить значеніе круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки и ихъ роль въ этіологіи интересующихъ насъ смѣщеній этого органа.

А. О значеніи круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки мы у разныхъ авторовъ могли найти слѣдующее:

Kocks о круглыхъ связкахъ говоритъ: [6]) «Онѣ препятствуютъ

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1886, стр. 17—20.
[2]) Centr. für Gynäcol. 1886. № 4, стр. 60.
[3]) Ibidem № 6, стр. 91.
[4]) Ibidem № 6, стр. 91.
[5]) Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1886. стр. 204.
[6]) Die norm. und pathol. Lage und Gestalt des Uterus. 1880, стр. 51.

отклоненію тѣла матки назадъ при наполненіи мочеваго пузыря, а при его опорожненіи ихъ мышечная и эластическая сократительность содѣйствуетъ внутрибрюшному давленію, притягивая матку къ мѣсту ея нормальнаго положенія».

Schultze, говоря о поддерживающемъ аппаратѣ матки, сказалъ о круглыхъ связкахъ: [1]) «Онѣ въ состояніи приблизить дно матки къ передней стѣнкѣ живота и таза».

Не сомнѣваясь въ такомъ дѣйствіи круглыхъ связокъ во время беременности, родовъ и послѣродоваго періода, Schultze относительно небеременной матки говоритъ: [2]) «Трудно констатировать обладаютъ ли названныя связки такой дѣятельностью внѣ беременности и послѣродоваго періода; во всякомъ случаѣ это еще не доказано».

Winckel [3]) относительно дѣйствія круглыхъ связокъ повторилъ все сказанное Schultze.

Fritsch приписываетъ круглымъ связкамъ ту же роль, что Kocks и Schultze. «Круглыя связки», говоритъ онъ, [4]) «должны противодѣйствовать всякому отодвиганію тѣла матки вверхъ и взадъ. Такимъ образомъ онѣ, въ извѣстномъ отношеніи, являются антагонистами маточно-крестцовыхъ связокъ; первыя тянутъ верхній конецъ матки внизъ, послѣднія ея нижній конецъ вверхъ».

И Schroeder [5]) также указываетъ, что круглыя связки, притягивая дно матки впередъ, вмѣстѣ съ маточно-крестцовыми, фиксирующими ея шейку назади, обусловливаютъ нормальное положеніе матки при опорожненномъ мочевомъ пузырѣ.

Подобныя же указанія на дѣйствіе круглыхъ связокъ можно найти въ литературѣ и до появленія работъ Kocks'a и Schultze, но мы ограничились источниками именно съ того времени потому, что къ ученію Schultze о нормальномъ положеніи матки въ главномъ примкнули всѣ выдающіеся гинекологи.

Итакъ, всѣ авторы болѣе или менѣе согласны въ томъ, что значеніе круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки

---

[1]) Die Pathol. u. Therapie der Lageveränder. der Gebärm. 1881, стр. 2.
[2]) Ibidem, стр. 16.
[3]) Lehrb. der Frauenkr. Leipzig. 1886, стр. 268—269.
[4]) Billroth u. Luecke. Handb. der Frauenkr. 1885. B. I, стр. 616.
[5]) Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1886, стр. 152.

ограничивается ихъ способностью притягивать дно матки впередъ при опорожненіи мочеваго пузыря.

Spiegelberg [1]) въ своемъ извѣстномъ, выше уже цитированномъ, опытѣ познакомилъ насъ экспериментально съ этимъ дѣйствіемъ круглыхъ связокъ. Пропуская индукціонный токъ непосредственно чрезъ матку, Spiegelberg замѣтилъ, что матка лежавшая дномъ на крестцѣ поднялась и стала болѣе вертикально въ тазу, причемъ круглыя связки были напряжены и тянули матку впередъ. Широкія связки также приблизились къ боковымъ поверхностямъ матки.

B. Что касается анатомическихъ измѣненій, обусловливающихъ происхожденіе интересующихъ насъ неправильныхъ положеній матки, то мы прежде всего разберемъ ихъ по отношенію къ ретроверсіи и флексіи.

Такъ какъ большинство авторовъ согласно въ томъ, что ретроверсія въ чаще наблюдаемыхъ формахъ, является только переходнымъ состояніемъ къ ретрофлексіи и обусловливается тѣми же моментами, что и послѣдняя, то причины этихъ смѣщеній матки могутъ быть разобраны вмѣстѣ.

По Schultze [2]), мнѣніе котораго болѣе или менѣе принято всѣми, кромѣ единично описанныхъ случаевъ врожденной ретрофлексіи и опухолей матки, пузыря или другихъ сосѣднихъ органовъ, которыя могутъ непосредственно произвести наклоненіе или искривленіе матки назадъ, или усилить уже существующее, слѣдуетъ отличать 5 различныхъ анатомическихъ условій для происхожденія ретрофлексіи и версіи.

1) Врожденное укороченіе передней стѣнки рукава при остановкѣ въ развитіи матки (uterus infantilis) въ случаяхъ, гдѣ гибкость тканей матки потеряна, служитъ причиной ретроверсіи и только изрѣдка ретрофлексіи.

Сюда же должны быть отнесены случаи ретроверсіи, наблюдаемыя у пожилыхъ женщинъ при старческой инволюціи половыхъ органовъ.

2) Фиксація шейки матки впереди, являющаяся результатомъ

---

[1]) Monatschr. für Geburtsk. und Frauenkr. 1864. T. XXIV, стр. 23.
[2]) Die Path. und Therap. d. Lageveränder. d. Gebärm. 1881, стр. 125.

сморщиванія эксудатовъ, отлагающихся въ области соединенія шейки съ мочевымъ пузыремъ, служитъ причиной ретрофлексіи.

3) Такая же фиксація шейки матки назади и вверху, обусловленная значительнымъ укороченіемъ крестцово-маточныхъ связокъ, является одновременной причиной высокаго стоянія и наклоненія матки назадъ.

4) Сморщиваніе задней стѣнки матки или удлиненіе ея передней стѣнки служитъ причиной ретрофлексіи.

Особенность перечисленныхъ анатомическихъ причинъ та, что двѣ изъ нихъ обусловливаютъ происхожденіе ретроверсіи, другія двѣ—ретрофлексіи и всѣ вмѣстѣ встрѣчаются такъ рѣдко, что только $^1/_{10}$ [1]) всѣхъ наблюдаемыхъ заднихъ смѣщеній матки обязана имъ своимъ развитіемъ.

Разбирая этіологію этихъ неправильныхъ положеній матки съ цѣлью выяснить ея значеніе для описываемой операціи, мы могли бы игнорировать всю эту группу причинъ по ея рѣдкости, но и помимо этого мы уже теперь можемъ исключить 2 формы ретрофлексіи и одну форму ретроверсіи изъ дальнѣйшаго описанія.

При 2 и 3 анатомическихъ условіяхъ мы найдемъ матку неподвижной, что уже служитъ прямымъ противупоказаніемъ къ операціи, при 4 мы встрѣтимся съ такими измѣненіями матки, которыя будутъ служить показаніемъ для болѣе серьезнаго вмѣшательства, чѣмъ установка матки въ нормальномъ положеніи.

Первое анатомическое условіе я пока тоже оставлю въ сторонѣ и дальше буду касаться только послѣдней и самой частой причины заднихъ смѣщеній матки.

5) Разслабленіе связочнаго аппарата матки, главнымъ образомъ крестцовоматочныхъ и затѣмъ (nächstdem), можетъ быть, круглыхъ связокъ [2]), служитъ причиной $^9/_{10}$ [3]) всѣхъ наблюдаемыхъ случаевъ ретроверсіи и ретрофлексіи.

C. Какое же участіе принимаютъ круглыя связки въ происхожденіи этой, самой частой формы заднихъ смѣщеній матки?

Разсматривая механизмъ происхожденія заднихъ смѣщеній матки при разслабленіи ея связочнаго аппарата, мы можемъ себѣ

---

[1]) Ibidem, стр. 145.
[2]) Ibidem, стр. 132.
[3]) Ibidem, стр. 145.

нарисовать одну и ту же картину ихъ постепеннаго развитія при различныхъ условіяхъ для разслабленія связокъ.

Какая бы изъ причинъ разслабленія связокъ не дѣйствовала, усиленное внутри-брюшное давленіе, тяжесть матки, вслѣдствіе недостаточной инволюціи или гипертрофіи, привычное переполненіе мочеваго пузыря и прямой кишки, или же связки остались разслабленными послѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ или недостаточной послѣродовой инволюціи, или нѣсколько моментовъ, что чаще всего бываетъ, дѣйствуютъ вмѣстѣ, условія для происхожденія ретроверсіи и ретрофлексіи остаются тѣ же.

Разъ дано какое-либо изъ этихъ условій, причемъ безразлично, будутъ ли поражены обѣ пары связокъ или, какъ это чаще бываетъ, только маточно-крестцовыя эффектъ будетъ одинъ и тотъ же; — круглыя и крестцово-маточныя связки уже не въ состояніи правильно исполнять своей функціи. Послѣ опорожненія мочеваго пузыря крестцово-маточныя связки не могутъ уже достаточно притянуть шейку матки назадъ, а круглыя дно матки впередъ. Шейка матки останется отодвинутой нѣсколько впередъ отъ ея нормальнаго положенія. Дно и тѣло матки неплотно прилегаютъ къ мочевому пузырю и часть петель тонкихъ кишекъ помѣщается въ пузырно-маточной ямкѣ. Такое положеніе матки, конечно, не есть еще ретроверсія или ретрофлексія,—это только первоначальная стадія ихъ развитія. Матка изъ такого положенія въ болѣе нормальныхъ случаяхъ, при усиленномъ сокращеніи связокъ, можетъ снова перейти въ нормальное и удержаться въ немъ нѣкоторое время, но только не надолго.

Подъ вліяніемъ одной изъ вышеперечисленныхъ причинъ, вызвавшихъ первоначально разслабленіе связокъ, разстройство въ ихъ функціи постепенно прогрессируетъ и съ каждымъ наполненіемъ мочеваго пузыря и прямой кишки дно матки все болѣе и болѣе отодвигается назадъ, а шейка впередъ. При опорожненіи мочеваго пузыря въ пузырно-маточное пространство укладывается больше петель тонкихъ кишекъ; внутрибрюшное давленіе, направленное прежде на заднюю поверхность матки, теперь направлено на ея переднюю (верхнюю) поверхность и является новымъ этіологическимъ моментомъ для развитія ретроверсіи и ретрофлексіи. Согласно принятому дѣленію въ номенклатурѣ неправильныхъ поло-

женій матки, такое положеніе слѣдуетъ уже обозначить именемъ ретроверсіи. Въ такомъ состояніи положеніе матки можетъ остаться болѣе или менѣе долгое время, пока вредно дѣйствующія причины не произведутъ дальнѣйшихъ измѣненій въ ея связочномъ аппаратѣ.

До сихъ поръ мы имѣли дѣло только съ относительною недостаточностью или разслабленіемъ связокъ, но дальше къ этому присоединяются еще и другія условія. Внутрибрюшное давленіе, направленное на переднюю поверхность матки при каждомъ напряженіи будетъ все больше и больше отклонять матку назадъ. Обѣ пары связокъ, а можетъ быть круглыя и раньше, не только уже не въ состояніи правильно функціонировать, но даже не могутъ сопротивляться дѣйствующей на нихъ тяжести и начинаютъ растягиваться. Какая пара связокъ подвергается этому растяженію раньше рѣшить трудно, да это и не имѣетъ особеннаго значенія, но при каждой ретроверсіи или ретрофлексіи можно констатировать удлиненіе круглыхъ, крестоцово-маточныхъ и широкихъ связокъ. Положеніе матки при подобныхъ условіяхъ опягь измѣняется; дно ея заходитъ подъ promontorium и смотря потому, сохранены ли нормальныя свойства ткани матки, или потеряны, мы будемъ имѣть типичную форму ретрофлексіи или ретоверсіи. Теперь къ моментамъ, усиливающимъ неправильное положеніе матки прибавляется еще одинъ. Скопляющіяся въ rectum фекальныя массы при каждой дефекаціи будутъ сдвигать дно матки внизъ и тѣмъ усиливать степень ретрофлексіи и ретроверсіи. Такъ постепенно развивается та или другая форма неправильнаго положенія матки до полной недостаточности функціи связокъ и ихъ возможнаго растяженія.

Въ результатѣ получается слѣдующее: матка наклонена или искривлена назадъ. Крестцово-маточныя и круглыя связки удлинены и разслаблены. Широкія связки также растянуты, наклонены или искривлены назадъ.

Что разслабленіе круглыхъ связокъ и ихъ удлиненіе дѣйствительно принимаютъ участіе въ происхожденіи этихъ неправильныхъ положеній матки, слѣдуетъ уже изъ опредѣленія ихъ нормальной функціи—притягивать дно матки впередъ. Но и помимо

этого мы можемъ найти на это прямыя указанія у различныхъ авторовъ.

Какъ мы уже видѣли, Schultze разслабленіе круглыхъ связокъ прямо поставилъ въ одинъ изъ этіологическихъ моментовъ ретроверсіи и ретрофлекіи.

Fritsch, говоря о возможности происхожденія ретроверсіи въ послѣродовомъ періодѣ, также сказалъ: [1]) «Если инвольвирующіяся круглыя связки не удерживаютъ дна матки, то послѣродовая матка непремѣнно должна наклониться взадъ.»

Schroeder [2]) въ этіологіи ретроверсіи также указываетъ на разслабленіе обѣихъ паръ связокъ.

Въ этіологіи ретрофлексіи онъ уже прямо говоритъ о недостаточности функціи круглыхъ связокъ: [3]) «Если дно матки остается долгое время искривленнымъ, то и круглыя связки растягиваются и не въ состояніи уже больше функціонировать».

Дальше говоря объ этомъ же, онъ сказалъ слѣдующее: [4]) «Стойкость (Festigkeit) крестцово-маточныхъ связокъ нарушена, шейка опускается внизъ и впередъ и такъ какъ круглыя связки также разслаблены, то матка, ретровертированная при наполненіи мочеваго пузыря, не принимаетъ нормальнаго положенія при его опорожненіи».

Kocks при своихъ опытахъ на трупахъ прямо могъ констатировать сопротивленіе, которое оказываютъ круглыя связки наклоненію или искривленію матки назадъ.

«При попыткахъ придать маткѣ на трупахъ дѣвушекъ положеніе рѣзкой ретрофлексіи или ретроверсіи», говоритъ онъ [5]), «круглыя связки сильно напрягались и удерживали плотно матку у растягивающагося пузыря».

На трупахъ рожавшихъ женщинъ круглыя связки нормальной длины, по наблюденію Kocks'а [6]), даже при сильнѣйшемъ растягиваніи мочеваго пузыря не тянутъ дна матки впередъ. Описывая послѣднее наблюденіе, Kocks [7]) однако тотчасъ прибавляетъ,

---

[1]) Billroth und Luecke Handb. der Frauenkr. 1885. B. 1, стр. 691.
[2]) Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1886. стр. 161.
[3]) Ibidem стр. 163 и 164.
[4]) Ibidem стр. 164.
[5]) Die normale und pathol. Lage und Gestalt des Uterus. 1880. стр. 20.
[6]) Ibidem. стр. 20.
[7]) Ibidem. стр. 20.

что при этомъ должно быть принято во вниманіе разслабленіе (Entspannung) на вскрытомъ трупѣ.

Что широкія связки также бываютъ разслаблены и удлинены при заднихъ смѣщеніяхъ матки, я уже говорилъ въ своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ, но подобныя указанія мы можемъ найти и въ литературѣ.

Такъ, Winckel, описывая анатомическія измѣненія при ретрофлексіи, говоритъ: [1]) «При смѣщеніи матки неизбѣжно должно произойти и растяженіе широкихъ связокъ, соединенное съ поворотомъ вокругъ ихъ поперечной оси, вслѣдствіе того что наружные концы ихъ доходятъ до боковыхъ стѣнокъ таза».

D. Теперь намъ остается еще разсмотрѣть этіологію пролапса.

По Hegar'у [2]) причины выпаденія матки могутъ быть раздѣлены на 2 группы: 1) недостаточность связочнаго аппарата (Bauchfellbefestigungen) матки; 2) недостаточность тазоваго дна и замыкающаго аппарата рукава.

Первая группа является очень рѣдкимъ этіологическимъ моментомъ пролапса. Матка выпадаетъ при этомъ первично и уже послѣдовательно выворачиваетъ стѣнки рукава. Круглыя связки принимаютъ участіе въ происхожденіи этой формы выпаденія матки постолько, посколько недостаточность ихъ функціи и удлиненіе способствуютъ образованію ретроверсіи, начальнаго и необходимаго стадія первичнаго пролапса матки. Конечно, и при дальнѣйшемъ опущеніи матки, круглыя связки принимаютъ участіе въ сопротивленіи, которое оказываетъ весь связочный аппаратъ матки ея пониженію, но это участіе, судя по изслѣдованіямъ на трупахъ, весьма незначительно и выступаетъ только въ позднѣйшихъ періодахъ пролапса. Удлиненіе круглыхъ связокъ при этой формѣ неправильнаго положенія матки достигаетъ максимальныхъ размѣровъ.

Самой частой причиной пролапса служитъ недостаточность тазоваго дна и замыкающаго аппарата рукава. Первымъ послѣдствіемъ этого является выпаденіе стѣнокъ рукава (въ громадномъ большинствѣ случаевъ его передней стѣнки), которыя уже послѣ-

---

[1]) Lehrbuch der Frauenkr. 1886 срт. 346.
[2]) Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynäcologie 3 Aufl. 1886. стр. 72.

довательно увлекаютъ за собой шейку матки и тѣмъ ведутъ къ удлиненію или гипертрофіи послѣдней.

Я не стану описывать детально разработаннаго механизма происхожденія той и другой формы выпаденія матки, но долженъ однако указать, что, при существованіи одного только послѣдняго этіологическаго момента, выпаденія матки, въ точномъ смыслѣ этого слова, не происходитъ. Скорѣе въ подобныхъ случаяхъ можно говорить о выпаденіи стѣнокъ рукава и удлиненіи или пролапсѣ шейки матки. Только для клиническихъ цѣлей и удобства изложенія принято называть эту форму неправильнаго положенія матки ея выпаденіемъ.

Тамъ, гдѣ при подобныхъ условіяхъ констатируется дѣйствительное выпаденіе матки, т. е. вся матка стоитъ ниже нормальмальнаго, существуютъ обыкновенно оба этіологическихъ момента, но недостаточность связочнаго аппарата и связанное съ нимъ выпаденіе матки было послѣдовательнымъ явленіемъ и потому формы эти принято обозначать именемъ вторичнаго пролапса матки. Другая возможность дѣйствительнаго пролапса матки при первичномъ выпаденіи стѣнокъ рукава указана Schroeder'омъ [1]) и заключается въ наступающей старческой инволюціи половыхъ органовъ. Точно такъ же относительно рѣдко наблюдается первичное выпаденіе матки при цѣлости замыкающаго аппарата рукава. При подобныхъ условіяхъ скорѣе происходитъ наклоненіе или загибъ матки назадъ, чѣмъ ея выпаденіе [2]).

Чаще дѣйствуютъ оба этіологическихъ момента вмѣстѣ и смотря потому, который изъ нихъ превалируетъ, получается та или другая форма пролапса.

Нерѣдко первый этіологическій моментъ присоединяется къ второму и получается цѣлый рядъ разнообразныхъ смѣшанныхъ формъ пролапса.

Долженъ здѣсь еще отмѣтить, что и та, и другая форма пролапса часто осложняются загибомъ или наклоненіемъ матки назадъ.

При чистой формѣ вторичнаго выпаденія матки, когда ея дно и тѣло находится на нормальной высотѣ и въ нормальномъ по-

---

[1]) Die Krankh. der Weibl. Geschlechtsorg. 1886. стр. 178.
[2]) Hegar und Kaltenbach. Die Operative Gynäcologie. 3 Aufl. 1886. стр.729.

ложеніи, связочный аппаратъ матки, въ томъ числѣ и круглыя связки, вовсе не разслабленъ. Круглыя связки принимаютъ участіе въ происхожденіи этой формы пролапса постолько, поскольку часто встрѣчаются осложненія загибомъ или наклоненіемъ матки назадъ. Въ происхожденіи смѣшанныхъ формъ выпаденія матки, круглыя связки участвуютъ настолько, насколько недостаточность связочнаго аппарата служитъ ихъ причиной. Болѣе рѣдкія формы пролапса матки, вслѣдствіе давленія сверху, опухолей, высокой степени съуженія таза, расщепленія таза и др., понятно, исключаются изъ нашего описанія.

Е. Поскольку же укороченіемъ круглыхъ связокъ устраняются этіологическіе моменты интересующихъ насъ смѣщеній матки?

Укорачивая круглыя связки, мы прежде всего придаемъ имъ ихъ нормальные размѣры и правильное положеніе; а вмѣстѣ съ этимъ измѣняемъ и положеніе всей тазовой перегородки, образуемой широкими связками и маткой. Верхніе края широкихъ связокъ расправляются и образуютъ линію вогнутую впередъ и вверхъ, дно и тѣло матки подвигаются впередъ къ мѣсту ихъ нормальнаго положенія.

Первымъ послѣдствіемъ этого измѣненія въ положеніи тазовыхъ органовъ и возстановленія нормальной длины круглыхъ связокъ будетъ возстановленіе ихъ (связокъ) функціи. Укороченныя и правильно лежащія круглыя связки снова въ состояніи притягивать дно матки впередъ послѣ опорожненія мочеваго пузыря. Онѣ въ состояніи это дѣлать еще и потому, что другой вредный моментъ, разстраивавшій ихъ функцію, внутрибрюшное давленіе, направленное при неправильномъ положеніи матки и широкихъ связокъ на ихъ переднюю поверхность, устраняется съ возстановленіемъ нормальнаго положенія тазовой перегородки. Лежатъ широкія связки и матка правильно, внутрибрюшное давленіе направляется на ихъ заднюю поверхность и тѣмъ еще болѣе способствуетъ правильной функціи круглыхъ связокъ.

Уже изъ опредѣленія той роли, которую играютъ круглыя связки въ нормальной фиксаціи матки, само собою понятно, что одного возстановленія функціи этихъ связокъ недостаточно для удержанія матки въ нормальномъ положеніи. Но съ возстановленіемъ функціи круглыхъ связокъ и измѣненіемъ направленія

внутрибрюшнаго давленія измѣняются въ значительной степени условія, существовавшія въ полости таза. Lig. sacro-uterina, силы которыхъ было недостаточно, чтобы оттянуть шейку матки назадъ, при недостаточности функціи круглыхъ связокъ и неправильно направленномъ внутрибрюшномъ давленіи, теперь снова въ состояніи функціонировать.

Отрицать способность круглыхъ связокъ функціонировать и видѣть въ нихъ только шнурки, на которыхъ виситъ матка, у насъ нѣтъ достаточныхъ основаній.

Всѣ указанія на малое значеніе круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки основаны на томъ, что ихъ функція не можетъ быть нами констатирована на живыхъ, а на трупахъ круглыя и широкія связки находятъ расслабленными и перерѣзка ихъ не вліяетъ на положеніе матки. Не говоря уже о томъ, что на трупѣ, въ особенности на вскрытомъ, матка и безъ того всегда лежитъ назади и потому уже перерѣзка этихъ связокъ не должна имѣть особеннаго значенія, какое право мы вообще имѣемъ переносить эти анатомическія наблюденія на живыхъ?

Rocks, какъ я уже выше указалъ, на трупахъ дѣвушекъ могъ непосредственно констатировать сопротивленіе, которое оказываютъ круглыя связки смѣщенію матки назадъ. Если онъ не замѣтилъ того же у рожавшихъ женщинъ, то тотчасъ оговорился, что расслабленіе при вскрытомъ трупѣ должно быть принято во вниманіе.

Fritsch также указываетъ, что анатомическія изслѣдованія мало помогаютъ намъ въ изученіи положенія матки. «Гинекологъ въ этомъ отдѣлѣ (о нормальномъ положеніи матки)», говоритъ онъ [1]), «не располагаетъ могущественнымъ подспорьемъ анатомическаго препарата. Что не можетъ быть констатировано точнымъ клиническимъ наблюденіемъ, чего не откроетъ изслѣдующій палецъ, то едва ли можно разрѣшить инымъ путемъ?»

Лучше всего неправильность перенесенія на живыхъ результатовъ, полученныхъ при анатомическихъ изслѣдованіяхъ, показалъ намъ Henke [2]), нарисовавъ въ извѣстномъ рисункѣ Schultze вмѣсто правильно лежащей матки сокращенный мочевой пузырь.

[1]) Billroth u. Luecke. Handbuch der Frauenkr. 1885. B. I, стр. 607.
[2]) Topographische Anatomie des Menschen. 1864, стр. 423.

Больше всего я согласенъ въ этомъ отношеніи съ Küstner'омъ, который, говоря о значеніи круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки, сказалъ слѣдующее: [1]) «Ихъ дѣятельности придаютъ слишкомъ мало значенія. Происходитъ это, главнымъ образомъ, отъ того, что на трупѣ связки находятъ искривленными, изъ чего выводятъ заключеніе, что онѣ не въ состояніи притянуть матку впередъ при опорожненіи мочеваго пузыря и развѣ только могутъ препятствовать чрезмѣрному отклоненію дна матки взадъ при очень сильномъ его (пузыря) наполненіи. Прежде всего, и это очевидно (und dieser Einwand liegt auf der Hand), что даетъ намъ право судить о прижизненномъ состояніи связокъ по ихъ положенію на трупѣ? На столько мы уже обладаемъ свѣдѣніями, чтобы не считать положеніе матки на трупѣ прижизненнымъ,—и почему мы не считаемъ его таковымъ? Потому что связки, т. е. мышечныя опоры (Stützen) матки на трупѣ не функціонируютъ. Итакъ, съ одной стороны мы прекращенію функціи придаемъ значеніе (для объясненія положенія матки на трупѣ), съ другой—мы считаемъ прижизненнымъ явленіемъ такое состояніе связокъ, которое на трупѣ соотвѣтствуетъ прекращенію ихъ функціи?! Это противорѣчіе».

Что круглымъ связкамъ приписывается извѣстная функція, мною уже приведены литературныя указанія, а опытомъ Шпигельберга это установлено экспериментально.

Отрицать ихъ функцію только потому, что онѣ подходятъ къ маткѣ не прямолинейно, а по изогнутой линіи, едва ли тоже вѣрно.

Küstner вполнѣ правъ, говоря про круглыя связки: [2]) «Онѣ не эластическіе шнурки, по криволинейному направленію которыхъ можно было бы отрицать ихъ способность функціонировать. Это вѣдь мышцы! Кто, судя по искривленному ходу мышцъ матки, сосудовъ и сердца, сталъ бы отрицать мышечную дѣятельность этихъ полыхъ органовъ».

Придавать крестцово-маточнымъ связкамъ исключительное значеніе для удержанія матки въ нормальномъ положеніи и только

[1]) Normal. und pathol. Lagen und Bewegungen des Uterus. 1885, стр. 68.
[2]) Ibidem стр. 68.

ихъ разслабленію приписывать происхожденіе смѣщеній матки едва ли справедливо.

Schroeder [1]) напр. допускаетъ развитіе ретрофлексіи съ послѣдовательнымъ разслабленіемъ связокъ.

Fritsch [2]) говоритъ: «Разслабленіе дугласовыхъ складокъ само по себѣ не можетъ служить причиной ретроверсіи».

Мнѣніе различныхъ авторовъ объ участіи круглыхъ связокъ въ происхожденіи смѣщеній матки мной уже указано.

Hegar [3]) также говоритъ о крестцово-маточныхъ связкахъ, «что ошибочное желаніе придавать отдѣльной связкѣ исключительное значеніе въ фиксаціи половаго канала (Sexualschlauchs) произошло отъ того, что при этомъ были приняты во вниманіе только изслѣдованія на трупахъ».

Итакъ, объяснять происхожденіе смѣщеній матки только разслабленіемъ крестцово-маточныхъ связокъ, едва ли точно. Въ происхожденіи ретрофлексіи и ретроверсіи принимаютъ участіе и круглыя и широкія связки, а при дѣйствительномъ пролапсѣ матки весь мускульно-связочный аппаратъ, заложенный въ складкахъ брюшины. Разстройство его функціи, а именно недостаточность при условіяхъ существующихъ въ полости таза и служитъ главной причиной всѣхъ смѣщеній матки.

Я особенно настаиваю на обозначеніи этого разстройства функціи названіемъ недостаточности (Insufficientia), котораго держится и Hegar при изложеніи этіологіи пролапса.

Сказаннымъ я вовсе не хочу отрицать важнаго значенія крестцово-маточныхъ связокъ для происхожденія смѣщеній матки, а только указать, что и другія части ея связочнаго аппарата принимаютъ въ этомъ участіе, и потому ихъ не слѣдуетъ игнорировать при терапіи неправильныхъ положеній матки.

Недостаточность функціи связокъ никогда не бываетъ первичной причиной смѣщеній матки, а является только послѣдствіемъ болѣе или менѣе отдаленныхъ вредно дѣйствующихъ причинъ, которыя не всегда нами могутъ быть указаны, или же постоян-

---

1) Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1886, стр. 163.
2) Billroth u. Luecke. Handb. der Frauenkr. 1885. B. I, стр. 693.
3) Hegar u. Kaltenbach. Die operative Gynäcol. 3 Aufl. 1886, стр. 719.

ныхъ. Но какъ только недостаточность связочнаго аппарата начинаетъ выступать, развивается и смѣщеніе матки.

Неправильное направленіе внутри брюшнаго давленія, существовавшее раньше или уже послѣдовательно присоединившееся къ первоначальному разслабленію связокъ, играетъ важную роль въ этіологіи смѣщеній матки и чаще всего силы связокъ не хватаетъ именно для его преодолѣнія. Вотъ почему такъ желательно устраненіе этого вреднаго момента при всѣхъ смѣщеніяхъ матки.

Укорачивая круглыя связки и придавая имъ и широкимъ нормальное положеніе, мы и тѣмъ и другимъ даемъ возможность правильно функціонировать и вмѣстѣ съ тѣмъ нормируемъ направленіе внутрибрюшнаго давленія, послѣ чего и крестцово-маточныя связки, бывшія до сихъ поръ относительно недостаточными, также начинаютъ правильно работать.

Укороченныя круглыя связки не держатъ матку, какъ шнурки. Я вполнѣ согласенъ съ мнѣніемъ Fritsch'а [1]), что «если одна изъ связокъ матки является дѣйствительно связкой, въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, т. е. неподвижно удерживаетъ матку, то такое состояніе будетъ уже патологическимъ [2]).»

Круглыя связки представляютъ непосредственное продолженіе вещества матки; онѣ мышцы, которыя способны функціонировать. Ихъ укороченіемъ, помимо возстановленія ихъ нормальной функціи, въ полости таза создаются условія, при которыхъ относительно недостаточная остальная часть связочнаго аппарата матки получаетъ возможность правильно работать и тѣмъ удерживать ее въ нормальномъ положеніи.

Само собою понятно, что операціей моментально не можетъ быть возстановлена функція связочнаго аппарата. Вотъ почему послѣ операціи временно приходится прибѣгать къ другимъ мѣрамъ для удержанія матки въ нормальномъ положеніи и продолжительность этого времени будетъ соотвѣтствовать и степени смѣщенія матки и измѣненіямъ, которымъ подвергся ея связочный аппаратъ.

---

[1]) Billroth u. Luecke. Handb. der Frauenkr. 1885. B. I, стр. 615.

[2]) Мнѣ кажется только страннымъ, что сказавъ это, Fritsch (Ibidem. стр. 716) все же совѣтуетъ при лапаротоміи исправлять положеніе ретрофлектированной матки вшиваніемъ въ брюшную рану одного изъ ея угловъ, вѣрнѣе края начинающейся здѣсь широкой связки.

Въ силу же сказаннаго укороченіе круглыхъ связокъ не служитъ панацеей противъ всѣхъ патологическихъ измѣненій матки или другихъ частей половаго аппарата, которыя способствуютъ неправильному положенію матки. Укороченіемъ круглыхъ связокъ возможно исправить только положеніе матки, другія патологическія измѣненія будутъ всегда требовать самостоятельнаго леченія.

Поставивъ въ эпиграфѣ работы вопросъ: «Was aber ist das Richtige?», я, конечно, долженъ сознаться, что всё сказанное мною въ объясненіе значенія укороченія круглыхъ связокъ для удержанія нормальнаго положенія матки далеко не полно разъясняетъ затронутый вопросъ, не можетъ еще претендовать на точность строго обставленнаго научнаго факта и, вѣроятно, не скоро выйдетъ изъ области гипотезы. Но только принимая недостаточность связочнаго аппарата матки, какъ причину ея смѣщеній, и измѣненіе существующихъ условій въ полости таза послѣ этой операціи, мы можемъ говорить о значеніи укороченія круглыхъ связокъ для леченія нѣкоторыхъ неправильныхъ положеній матки.

Если отказаться отъ этого и объяснять разслабленіе связочнаго аппарата матки его атрофіей или такими измѣненіями, которыя ведутъ къ полной потерѣ функціи связокъ, то не только нельзя говорить объ укороченіи круглыхъ связокъ, но и объ излеченіи смѣщеній матки вообще.

Разъ функція связочнаго аппарата уничтожена, матка въ своемъ положеніи будетъ подчиняться только законамъ тяжести и при каждомъ измѣненіи въ положеніи тѣла будетъ измѣняться и положеніе матки. Наполненіе сосѣднихъ съ маткой органовъ—мочеваго пузыря и прямой кишки, правда будетъ нѣсколько измѣнять условія законовъ тяжести, но не къ лучшему, а къ худшему. Съ первымъ наполненіемъ мочеваго пузыря матка будетъ отодвинута назадъ. При отсутствіи силъ, влекущихъ матку въ ея нормальное положеніе, послѣ опорожненія мочеваго пузыря петли кишекъ подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія опустятся въ пузырно-маточное пространство и тѣмъ самымъ измѣнятъ и направленіе этого давленія, которое теперь уже будетъ дѣйствовать на переднюю поверхность матки и способствовать ея наклоненію или искривленію назадъ.

Даже и леченіе пессаріями основано на томъ, что недоста-

точность связокъ стараются замѣнить напряженіемъ и сократительностью стѣнокъ рукава, т. е. недостаточность одной мышечной группы замѣняютъ работой другой. Только при этихъ условіяхъ пессарій и можетъ удержать матку въ нормальномъ положеніи при тѣхъ движеніяхъ, которыя она претерпѣваетъ подъ вліяніемъ наполненія мочеваго пузыря и recti.

Тамъ, гдѣ при ношеніи пессарія дѣятельность связокъ не возстановляется, пессарій приноситъ только временную пользу. Самый пессарій, растягивая заднюю стѣнку рукава, вызываетъ ея постепенное разслабленіе, которое въ началѣ еще можетъ быть компенсировано пессаріемъ большаго размѣра, но и послѣдній въ свою очередь ведетъ къ большему растяженію рукава и большему его разслабленію и наконецъ, стѣнки рукава растягиваются на столько, что ихъ сокращенія даже при пессаріѣ недостаточно для удержанія матки въ нормальномъ положеніи. Никакой пессарій не оказывается уже болѣе годнымъ.

Между тѣмъ клиническія наблюденія указываютъ намъ совершенно противуположное.

Полное излеченіе ретрофлексій и версій пессаріями отмѣчается всѣми гинекологами.

Fraenkel [1]), какъ я уже выше говорилъ, при леченіи пессаріемъ Thomas'а получилъ 8,1% полныхъ выздоровленій.

Всякому извѣстно, что послѣ удаленія опухолей, производившихъ извѣстное смѣщеніе матки также путемъ разслабленія ея связокъ, матка все же принимаетъ нормальное положеніе. Одинъ изъ болѣе типичныхъ случаевъ подобнаго рода описываетъ Schultze [2]). Въ одномъ случаѣ ретрофлексіи, обусловленной опухолью вросшей въ полость матки изъ ея передней стѣнки, чрезъ нѣсколько дней послѣ удаленія опухоли острой ложкой матка приняла нормальное положеніе.

При ретроверсіи и ретрофлексіи, обусловленной фиксаціей шейки матки сзади или спереди параметритическими эксудатами, въ связочномъ аппаратѣ матки происходятъ тѣ-же измѣненія, что и при послѣродовыхъ параметритахъ, которые Schultze и другими поставлены въ однѣ изъ самыхъ частыхъ причинъ разслабленія

---

[1]) См. стр. 143.
[2]) Die Path. u. Therar. der Lageveränder der Gebärm. 1881, стр. 131.

связокъ и послѣдовательно смѣщеній матки. Между тѣмъ самъ же Schultze указываетъ [1]), что при этихъ формахъ все леченіе должно быть направлено только къ разрѣшенію и всасыванію эксудатовъ, послѣ чего матка снова принимаетъ нормальное положеніе.

Все вышеизложенное, конечно, говоритъ не за потерю функціи связочнаго аппарата, а только за ея недостаточность при существующихъ условіяхъ и возможность возстановленія по удаленіи этихъ условій.

На возможность возстановленія функціи связокъ указываетъ и Fränkel [2]). «Теоретически допускаемая возможность возстановленія мышечной силы маточнаго ретрактора при ношеніи пессарія Thomas'а», говоритъ онъ, «практически подтверждается тѣмъ, что пессарій Годже и Wiegenpessar, которые прежде не удерживали матку въ нормальномъ положеніи, теперь оказываются дѣйствительными».

У Schultze [3]), я нашелъ подобное же указаніе: «Если параметритъ существовалъ недолго», говоритъ онъ, «то нормальная сократительность дугласовыхъ складокъ можетъ впослѣдствіи вполнѣ возстановиться».

Результаты вскрытія нашей послѣдней оперированной (набл. 179), также говорятъ за возможность возстановленія дѣятельности крестцово-маточныхъ связокъ. До операціи у нашей больной констатировано было, хотя и вторичное, но все же полное выпаденіе матки. Матка почти цѣликомъ помѣщалась снаружи и крестцово-маточныя связки были несомнѣнно растянуты, удлиненны и разслаблены. Чрезъ $4^1/_2$ мѣсяца послѣ операціи, на вскрытіи, при попыткѣ низвести матку, удалось опустить влагалищную часть только до входа рукава. Крестцовоматочныя связки при этомъ сильно напряглись и препятствовали дальнѣйшему опущенію матки.

Допуская возможность возстановленія мышечной дѣятельности крестцово-маточныхъ связокъ, отчего не допустить ее и для круглыхъ?

---

[1]) Ibidem, 128.
[3]) Ibidem. 133.
[2]) Tagebl. der 59 Versamml. der deutsh. Naturfor. und Aerzte. 1886. Berlin, стр. 214.

Несомнѣнно, что въ ряду встрѣчающихся намъ смѣщеній матки, должны быть и такія, гдѣ мы будемъ имѣть дѣло съ полной атрофіей ея связочнаго аппарата или съ такими его измѣненіями, при которыхъ о возстановленіи функціи не можетъ быть и рѣчи, но въ такихъ случаяхъ нельзя думать ни объ операціи, ни о какомъ-либо другомъ леченіи вообще.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло будетъ идти о недостаточной дѣятельности связокъ и, только принимая это условіе, можно будетъ избрать тотъ или другой методъ леченія данной формы смѣщенія матки.

III. Только съ этой точки зрѣнія и можно говорить о показаніяхъ къ операціи.

1) Такъ какъ самая операція основана на возможности передвиженія неправильно лежащей матки, то само собою понятно, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ матка неподвижна, объ укороченіи круглыхъ связокъ не можетъ быть и рѣчи.

2) Случаи, въ которыхъ первоначальной причиной разслабленія связокъ и послѣдовательнаго смѣщенія матки были опухоли сосѣднихъ органовъ или самой матки, также не подлежатъ операціи, потому что a) они требуютъ болѣе серьезнаго вмѣшательства, чѣмъ редрессація матки и b) укороченіе круглыхъ связокъ не принесло бы никакой пользы вслѣдствіе непосильной работы, которая имъ будетъ дана въ удержаніи отяжелѣвшей матки или давленіи еще болѣе тяжелыхъ опухолей.

3) Къ этой же группѣ относятся случаи ретрофлексіи матки вслѣдствіе удлиненія ея передней стѣнки въ зависимости отъ развивающихся въ ней опухолей.

4) При ретроверсіи и рѣдко ретрофлексіи, обусловленной остановкой развитія матки (uterus infantilis) и врожденнымъ укороченіемъ передней стѣнки рукава, хотя и можно исправить положеніе матки укороченіемъ круглыхъ сзязокъ, но слѣдуетъ опасаться, что едва ли матка удержится въ нормальномъ положеніи. Вѣроятнымъ послѣдствіемъ операціи должна быть рѣзкая антефлексія.

5) Ретроверсія, наблюдаемая у пожилыхъ женщинъ при старческой инволюціи половыхъ органовъ, очень рѣдко вызываетъ болѣзненные симптомы и дѣлается объектомъ леченія только

тогда, когда ея послѣдствіемъ является выпаденіе передней стѣнки рукава или самой матки и потому я скажу объ этой формѣ ниже, говоря о показаніяхъ къ операціи при пролапсѣ.

6) Ретрофлексія вслѣдствіе сморщиванія задней стѣнки матки будетъ служить показаніемъ къ операціи только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно разсчитывать на возстановленіе нормальныхъ свойствъ пострадавшей стѣнки. Случаи эти обязательно должны быть проведены съ внутриматочнымъ пессаріемъ, который больная принуждена будетъ носить долгое время и послѣ операціи.

7) Всѣ перечисленныя формы заднихъ смѣщеній матки по вычисленію Schultze составляютъ только $^{1}/_{10}$ всѣхъ случаевъ, подлежащихъ леченію, а за исключеніемъ нѣкоторыхъ формъ и того меньшую и потому будутъ служить весьма рѣдкимъ показаніемъ къ операціи.

8) Самымъ частымъ и раціональнымъ показаніемъ для укороченія круглыхъ связокъ будутъ служить случаи ретроверсіи и ретрофлексіи, зависящіе отъ разслабленія связочнаго аппарата матки, въ которыхъ можно разсчитывать на возстановленіе дѣятельности связокъ.

9) Во всѣхъ случаяхъ, такъ называемаго, вторичнаго выпаденія матки, гдѣ дно ея находится на нормальной высотѣ или даже выше нормальной, конечно, не можетъ быть и рѣчи объ операціи, потому что показаніемъ къ ней служитъ смѣщеніе матки внизъ или взадъ, чего въ этихъ случаяхъ, какъ я уже раньше говорилъ, нѣтъ.

10) Для остальныхъ случаевъ выпаденія матки показанія къ укороченію круглыхъ связокъ могутъ быть формулированы слѣдующимъ образомъ: a) При первичномъ пролапсѣ матки укороченіе круглыхъ связокъ показано постолько, посколько имъ устраняется искривленіе или наклоненіе матки назадъ (первоначальная и необходимая стадія этой формы смѣщенія матки) и по сколько возстановленная сила связокъ вообще способна удержать матку на ея нормальной высотѣ. b) При чистыхъ случаяхъ вторичнаго пролапса операція показана только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть осложненіе ретроверсіей или ретрофлексіей. c) Показанія къ укороченію круглыхъ связокъ при смѣшанныхъ формахъ вторичнаго

пролапса основываются на сказанномъ о ея значеніи при чистыхъ формахъ первичнаго и вторичнаго выпаденія матки.

11) Такъ какъ въ этіологіи первичнаго пролапса участвуютъ кромѣ разслабленія крестцово-маточныхъ и круглыхъ связокъ еще и другія условія и результатомъ выпаденія матки является большій или меньшій выворотъ стѣнокъ рукава, который укороченіемъ круглыхъ связокъ невполнѣ устраняется, то, конечно, операція при этой формѣ неправильнаго положенія матки не можетъ разсчитывать на самостоятельность. Только въ рѣдкихъ случаяхъ первичнаго пролапса, въ которыхъ стѣнки рукава незначительно смѣщены и промежность цѣла, можно будетъ ограничиться однимъ укороченіемъ круглыхъ связокъ; въ большинствѣ же случаевъ придется прибѣгать къ дополнительному леченію пессаріями, чаще къ пластическимъ операціямъ на стѣнкахъ рукава и промежности. При вторичномъ пролапсѣ операція будетъ только вспомогательной, устраняя его осложненіе ретрофлексіей или ретроверсіей, но не излечивая самаго пролапса. Значеніе операціи при смѣшанныхъ формахъ вторичнаго пролапса, ясно изъ вышесказаннаго.

12) Относительно показанія къ операціи при первичномъ пролапсѣ я долженъ сказать, что имъ можно будетъ пользоваться рѣже другихъ, потому что a) Чистыя формы первичнаго пролапса матки, не считая такихъ, гдѣ выпаденіе матки происходитъ внезапно, встрѣчаются рѣдко. b) Эта форма пролапса почти исключительно встрѣчается у женщинъ пожилыхъ и стоитъ въ связи съ старческой атрофіей половыхъ органовъ, гдѣ мы больше всего можемъ разсчитывать встрѣтить такую же атрофію связочнаго аппарата матки и потому меньше всего ожидать успѣха операціи. c) Рѣдкіе случаи первичнаго пролапса матки, развивающіеся послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, опять стоятъ въ связи съ такими имѣненіями ея связочнаго аппарата, что едва ли операція дастъ удовлеторительные результаты.

Тоже я долженъ сказать объ операціи при ретроверсіи матки въ зависимости отъ старческой инволюціи половыхъ органовъ.

Установивъ показанія къ операціи для отдѣльныхъ формъ смѣщенія матки, я не хотѣлъ сказать, что этимъ вопросъ о показаніяхъ вполнѣ исчерпанъ и что въ каждомъ случаѣ, гдѣ опе-

рація показана, необходимо оперировать. Уже изъ сказаннаго въ объясненіе значенія операціи ясно, что говорить о точныхъ къ ней показаніяхъ теперь еще преждевременно. Только большимъ количествомъ точныхъ клиническихъ наблюденій можетъ быть постепенно рѣшенъ этотъ вопросъ.

Въ виду же этого я долженъ оставить открытымъ вопросъ о показаніяхъ къ укороченію круглыхъ связокъ при опущеніи яичниковъ.

IV. Для рѣшенія 4 вопроса вмѣстѣ съ 10 описанными наблюденіями изъ клиники профессора К. Ф. Славянскаго мы имѣемъ всего 179 случаевъ.

Весь этотъ матеріалъ можетъ быть категоризированъ слѣдующимъ образомъ:

1) 7 случаевъ (набл. 38, 39, 90, 94, 125, 142 и 173), въ которыхъ операція была портивупоказана.

2) 7 неоконченныхъ операцій (набл, 56, 65, 66, 108, 129, 176, и 178).

3) 2 случая съ летальнымъ исходомъ вскорѣ послѣ операціи (набл. 112 и 168).

4) 5—(набл. 71, 72, 73, 74 и 169) съ неизвѣстными исходами.

5) 7—(набл. 107, 113, 128, 146, 147, 148, и 152), въ которыхъ сами операторы считаютъ преждевременнымъ говорить объ исходахъ операцій, а дальнѣйшихъ сообщеній объ этихъ случаяхъ я въ литературѣ не нашелъ.

6) одинъ — (пабл. 124), гдѣ оперированная забеременѣла вскорѣ послѣ операціи.

7) одинъ — (набл. 118), гдѣ Alexander только упомянулъ, что онъ не сомнѣвается въ успѣхѣ операціи.

8) одинъ — (набл. 104), гдѣ Allan, хотя и видѣлъ больную чрезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи, но ничего не говоритъ о положеніи матки.

Само собою понятно, что перечисленными 31 случаями нельзя воспользоваться для сужденія о результатахъ операціи.

9) 12 случаевъ (пабл. 57, 85, 88, 89, 95, 96, 97, 115, 123 131, 132 и 145), въ которыхъ укорочена одна связка.

Сказаннаго мною раньше объ укороченіи только одной связки

и о физіологическомъ значеніи операціи достаточно, чтобы объяснить, почему и эти случаи не оказываются годными для оцѣнки результатовъ операціи.

Сюда же должны быть отнесены 3 случая (набл. 103, 110 и 174), въ которыхъ связки укорочены неравномѣрно на обѣихъ сторонахъ (5—2,5 сант.; 5—1¼ сант. и 5 и 3 сант.).

10) 6 случаевъ Alexander'a (набл. 10—15) съ неизвѣстной формой смѣщенія матки, о которыхъ имѣются только указанія, что Alexander повторно изслѣдовалъ ⅔ своихъ оперированныхъ и всегда находилъ матку въ нормальномъ положеніи.

11) 13 случаевъ Burton'a (наблюд. 16—28), въ которыхъ имѣются только цифровыя данныя объ отдѣльныхъ формахъ смѣщенія матки и указанія автора на то, что операція имѣла благопріятный успѣхъ.

Я не предполагаю, чтобы меня можно было заподозрить въ недовѣріи къ Alexander'у и Burton'у, если при оцѣнкѣ результатовъ этой новой операціи я не воспользуюсь перечисленными 19 случаями указанныхъ авторовъ.

12) О 4 случаяхъ Duncan'a (набл. 60—63) я могъ бы сказать тоже, что о случаяхъ Alexander'a и Burton'a, но въ полемикѣ, возникшей между Duncan'омъ, Alexander'омъ и Adams'омъ [1]) по поводу этихъ случаевъ, можно найти и другія основанія, чтобы отказаться отъ нихъ при оцѣнкѣ результатовъ операціи.

Duncan не отмѣтилъ, существовали ли сращенія яичниковъ съ сосѣдними органами и въ возникшей полемикѣ вопросъ этотъ остался не рѣшеннымъ, а потому рецидивъ смѣщенія матки въ 3 случаяхъ можетъ быть объясненъ только тѣмъ, что операція была противупоказана.

13) 36 случаевъ Imlach'a. (Набл. [(29—37), (40—55) и (154—164)]). Imlach, какъ извѣстно, дѣлаетъ очень маленькій разрѣзъ и пришиваетъ связку только одной кэтъ-гутовой лигатурой. Я вполнѣ согласенъ съ мнѣніемъ Alexander'a [2]), что хотя пришиваніе связокъ назначается не для удержанія матки на вѣсу, а для большаго соприкосновенія связки съ окружающими частями и лучшаго сращенія, но игнорировать укрѣпленіемъ связки не

---

[1]) Brit med. Journ. 1885. Vol. II, стр. 416, 465, 671 и 672.
[2]) Edinb. med. Journ. 188⁴/₅, XXX, стр. 1031.

слѣдуетъ. При слабомъ сращеніи связки и неблагопріятныхъ условіяхъ въ полости таза, которыя послѣ операціи исчезаютъ только постепенно, такое сращеніе легко можетъ быть разорвано или растянуто и эффектъ операціи уничтоженъ. Къ тому же въ нѣкоторыхъ случаяхъ Imlach'а, гдѣ ретрофлексія была осложнена опущеніемъ яичниковъ, рецидивъ смѣщенія допускаетъ предположеніе о сращеніи яичниковъ съ сосѣдними органами.

Все это заставляетъ Alexander'а [1]) предполагать, что эффектъ операцій Imlach'а едва ли будетъ проченъ, а меня осторожно отнестись къ случаямъ Imlach'а и не дѣлать по нимъ заключеній о достоинствѣ операціи.

Итакъ, для рѣшенія затронутаго вопроса мы можемъ располагать только остальными 74 случаями, которые по формамъ смѣщенія матки распредѣляются слѣдующимъ образомъ: Prolapsus uteri 34. Retroversio uteri 11. Retroflexio et descensus ovariorum 5 и Descensus ovariorum 1.

Изъ этихъ 74 больныхъ 1 оперирована 5 лѣтъ тому назадъ; 3 отъ $4^1/_2$—5 лѣтъ; 2 отъ 4—$4^1/_2$; 8 отъ $3^1/_2$—4: 17 отъ 3—$3^1/_2$; 5 отъ $2^1/_2$—3; 3 отъ 2—$2^1/_2$; 3 отъ $1^1/_2$—2; 9 отъ 1—$1^1/_2$ лѣтъ; 10 отъ 6 мѣсяцевъ до года, одна $4^1/_2$ мѣсяца тому назадъ; у 12 время операціи неизвѣстно.

Послѣ операціи больныя изслѣдованы: 3 чрезъ 2 года, 10 чрезъ $1^1/_2$ года, 2 чрезъ годъ; 12 отъ 6 мѣсяцевъ до года, 14 отъ 3—6 мѣсяцевъ, 16 до 3 мѣсяцевъ и о 18 указаній не имѣется.

Результаты укороченія круглыхъ связокъ по отношенію къ исправленію неправильнаго положенія матки при различныхъ формахъ ея смѣщенія въ этихъ 74 случаяхъ распредѣлились слѣдующимъ образомъ: (см. Табл. IV, стр. 168).

Итакъ, въ 74 случаяхъ исходы операціи оказались слѣдующими:

Операція не имѣла успѣха	6 разъ.
Операціей положеніе матки невполнѣ исправлено .	2 раза.
Операціей создана другая форма неправильнаго положенія матки	7 разъ.
Матка приняла нормальное положеніе	59 разъ.

[1]) Ibidem, стр. 1033.

Таблица IV.

Исходъ операціи.	Prolapsus uteri.	Retroversio uteri.	Retroflexio uteri.
Операція не имѣла успѣха.	1 (99)	1 (58)	4 (64,69,70,172)
Матка приняла нормальное положеніе, но дно ея осталось искривленнымъ.	—	—	2 (136 и 153)
Матка приняла положеніе антеверсіи.	3 (78, 91, и 114)	3 (120, 121, 122)	—
Матка приняла положеніе незначительнаго prolapsus uteri anteverti.	—	—	1 (133)
Матка приняла нормальное положеніе	30 [(1—9), (75—77), (79—84), 86, 87, 92, 93, 98, (100 — 102), 105, 106, 109, и 111]	7 [59, 116, 117, 119, 126, 127, 130]	22 [67, 68, 134, 135, 143, 144, (137 — 141), 149, 150, 151, 165, 166, 170, 171, 175, 177, 179 и 167]
	34	11	29

Излагая результаты операціи въ такомъ видѣ, я уже впередъ знаю, что мнѣ могутъ быть сдѣланы слѣдующія возраженія, которыя не разъ уже были указаны и въ литературѣ:

1) Во всѣхъ случаяхъ пролапса трудно оріентироваться относительно его формы и потому нельзя сказать, какія показанія были для операціи и что ею устранено.

2) Во многихъ случаяхъ ретроверсіи и ретрофлексіи результаты объективнаго изслѣдованія неподробно описаны.

3) Кромѣ укороченія круглыхъ связокъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сдѣланы и другія операціи, которыя могли имѣть значеніе для удержанія матки въ нормальномъ положеніи.

4) Многія больныя и послѣ операціи продолжали носить пессарій и успѣхъ леченія можетъ быть отнесенъ къ нему, а не къ операціи.

5) Послѣ многихъ операцій не прошло еще достаточно времени для сужденія о прочности результатовъ.

6) Многія больныя вторично изслѣдованы чрезъ очень короткое время послѣ операціи, а о нѣкоторыхъ совсѣмъ не имѣется указаній.

Вѣроятно найдутся и другія возраженія, но въ отвѣтъ можно сказать слѣдующее:

1) Я и безъ того очень осторожно отнесся къ многимъ оперативнымъ случаямъ, по которымъ Manrique, Doleris и Harrington однако цѣнили достоинство операціи.

2) Въ случаяхъ пролапса дѣйствительно трудно оріентироваться относительно его формы и показаній къ операціи, но я не могу даже допустить предположенія о томъ, чтобы хирургъ или гинекологъ, знающій, что цѣль операціи исправить неправильное положеніе матки, сталъ-бы примѣнять ее въ чистыхъ случаяхъ вторичнаго пролапса, гдѣ матка лежитъ правильно и на нормальной высотѣ, т. е. оперировать въ такихъ случаяхъ, гдѣ показаній къ операціи не было. Если относиться съ такимъ недовѣріемъ къ случаямъ другихъ операторовъ, то нужно совсѣмъ отказаться отъ мысли пользоваться какими-либо литературными указаніями въ работѣ. Я согласенъ, что по этимъ случаямъ пролапса нельзя будетъ выработать показаній для операціи, но это нисколько не подрываетъ результатовъ.

3) Тоже самое можно сказать и о неподробно описанныхъ случаяхъ ретроверсіи и флексіи. Да и много ли поможетъ уясненію случая выраженіе: «дно матки лежитъ на крестцѣ или матка искривлена подъ тѣмъ или другимъ угломъ къ шейкѣ»? Можно бы было усомниться въ томъ, что смѣщеніе матки было только случайнымъ, но 1) вѣдь едва ли кто рѣшится взвести такое обвиненіе на оператора и 2) больныя были хроническія и очень долго лечились раньше, или находились подъ наблюденіемъ тѣхъ же врачей, которые ихъ позже оперировали. Только въ одномъ случаѣ Alexander'а можетъ возникнуть вопросъ, слѣдовало ли лечить ретроверсію, но здѣсь дѣло идетъ о больной, страдавшей эпилепсіей, гдѣ всякія мѣры, въ томъ числѣ и перевязка обѣихъ позвоночныхъ артерій не принесла пользы и Alexander могъ смотрѣть на операцію, какъ на послѣднее средство противъ эпилепсіи.

4) Изъ 10 дополнительныхъ операцій 2 (набл. 75 и 114)

сдѣланы до укороченія круглыхъ связокъ и не устранили смѣщенія матки; одна, elytrorrhaphia anterior (набл. 76), сдѣлана чрезъ 2 года послѣ укороченія круглыхъ связокъ и для устраненія выпаденія матки, сама по себѣ, не имѣетъ особеннаго значенія; три (набл. 139) hysterotrachelorrhaphia и perineorrhaphia; (набл. 165) hysterotrachelorrhaphia и (набл. 170) elytro et colpoperineorrhaphia сдѣланы при ретроверсіи и ретрофлексіи и едва ли имъ можетъ быть приписано устраненіе смѣщенія матки. Только четыре (набл. 86, 87, 101 и 106) сдѣланы при пролапсѣ одновременно или вскорѣ послѣ укороченія круглыхъ связокъ и несомнѣнно имѣли значеніе въ устраненіи неправильнаго положенія матки или его осложненій, но вѣдь укороченію круглыхъ связокъ никто не придаетъ значенія самостоятельной операціи при пролапсѣ.

Если, наконецъ, для большей точности исключить изъ 74 случаевъ 10, въ которыхъ сдѣланы и другія операціи, то это нисколько не уменьшитъ количества хорошихъ исходовъ послѣ укороченія круглыхъ связокъ. Изъ 64 случаевъ въ 50 матка приняла нормальное положеніе.

5) Почти всѣ больныя до операціи подвергались продолжительному леченію пессаріями безъ всякаго успѣха, а послѣ операціи носили пессарій maximum 3—4 мѣсяца, которыхъ обыкновенно недостаточно для излеченія неправильнаго положенія матки пессаріемъ. Къ тому же изъ 74 случаевъ въ 34 было выпаденіе матки, гдѣ пессарій имѣетъ еще меньше значенія.

6) 42 больныхъ оперированы minimum $1^1/_2$ года тому назадъ и 27 осмотрѣны minimum чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи, многія больныя и теперь еще находятся подъ наблюденіемъ врачей и ни объ одной изъ нихъ я въ литературѣ не нашелъ указаній на рецидивъ смѣщенія. По аналогіи можно допустить, что и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя оперированы еще недавно, успѣхъ операціи все же будетъ проченъ. Операціи произведены разными лицами, которые не принадлежатъ къ ея сторонникамъ и очень ограничиваютъ ея примѣненіе, указываютъ на неуспѣшные исходы послѣ операціи, но въ тѣхъ случаяхъ, которые приведены мною, отмѣтили нормальное положеніе матки и позже подтверждали возможность излеченія неправильныхъ положеній матки

укороченіемъ круглыхъ связокъ (Alexander, Adams, Mundé, Polk, Zeiss и Славянскій).

7) Въ этіологіи смѣщеній матки вслѣдствіе разслабленія связокъ участвуетъ столько неблагопріятныхъ условій и женщины такъ часто подвергаются имъ, что если бы послѣ операціи чрезъ продолжительное время вновь было констатировано смѣщеніе матки, то трудно рѣшить зависитъ ли оно отъ неуспѣха операціи или другой причины. Чему приписать вновь констатированную у оперированной ретроверсію или ретрофлексію послѣ родовъ или аборта съ послѣдовательной недостаточной инволюціей,—недостаточной инволюціи или неуспѣху операціи?

8) Собственныя клиническія наблюденія убѣдили насъ въ томъ, что послѣ удачной операціи эффектъ остается прочнымъ въ продолженіи долгаго времени; въ одномъ случаѣ мы видѣли больную чрезъ годъ.

9) Я не говорю уже о томъ, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ смѣщеніе послѣ операціи рецедивируетъ, можно будетъ указать и на недостаточную технику, или неполное соблюденіе всѣхъ правилъ послѣопераціоннаго леченія, или на то, что операція въ этихъ случаяхъ была противупоказана. При этой операціи все это можно будетъ сказать, чаще чѣмъ при другихъ.

Всѣмъ вышеизложеннымъ я не хотѣлъ сказать, чтобы по приведеннымъ 74 случаямъ укороченіе круглыхъ связокъ можно было причислить къ обыденнымъ гинекологическимъ операціямъ, но все же они на столько заслуживаютъ довѣрія, что ихъ результатами можно воспользоваться для оцѣнки достоинствъ операціи.

Между 74 случаями опущеніе яичниковъ осложняло смѣщеніе матки только 6 разъ и во всѣхъ случаяхъ операціей устранено.

Мнѣ остается еще сказать о неуспѣшныхъ исходахъ операціи и о тѣхъ, гдѣ операціей положеніе матки невполнѣ исправлено.

О причинѣ неуспѣха въ наблюденіи 172 я уже говорилъ раньше и могу теперь не повторять этого.

Въ одномъ случаѣ (набл. 99) самъ операторъ приписываетъ неуспѣхъ несовершенству въ производствѣ операціи.

Въ двухъ случаяхъ Küstner'а (набл. 69 и 70) неуспѣхъ операціи можетъ быть объясненъ тѣмъ, что не было употреблено

внутриматочнаго пессарія послѣ операціи. Особенно это можно сказать о наблюденіи 69, гдѣ до операціи внутриматочный и S образный пессарій Schultze не удерживали матку въ нормальномъ положеніи.

Въ 3 случаяхъ (набл. 58, 64, 153) не имѣется данныхъ для объясненія неуспѣха операціи, хотя въ первомъ, судя по тому, что раны заживали 5 недѣль, можно допустить, что въ ранахъ было нагноеніе, уничтожившее эффектъ операціи, а въ послѣднемъ нѣтъ указаній относительно того, былъ ли примѣненъ внутриматочный пессарій.

Неполный успѣхъ въ наблюденіи 136 ясенъ изъ описанія этого случая и зависитъ исключительно отъ несвоевременнаго примѣненія внутри-маточнаго пессарія.

О 7 случаяхъ, въ которыхъ операціей создано другое неправильное положеніе, я скажу ниже, говоря о послѣдствіяхъ операціи.

V. Говоря объ опасностяхъ, съ которыми сопряжена операція, можно имѣть въ виду только возможность пораненія брюшины и перитонитъ послѣ операціи.

1) Судя по анатомическимъ изслѣдованіямъ пораненіе брюшины должно представлять рѣдкое осложненіе операціи. Canalis Nuckii не заросшій встрѣчается очень рѣдко, а инвагинацію брюшины легко замѣтить и происходитъ она въ такой моментъ операціи, когда никакихъ инструментовъ не употребляютъ. Между 179 случаями пораненіе proc. peritonei отмѣчено только 1 разъ (набл. 112). Былъ ли это дѣйствительно processus peritonei или брюшина была инвагинирована, что допустить вѣроятнѣе, изъ описанія случая рѣшить трудно.

Наконецъ, если бы даже пораненіе брюшины и произошло, то опасности при строгой антисептикѣ оно не должно представлять.

2) W. Duncan указываетъ, что на 370 извѣстныхъ ему операцій послѣдовало 7 летальныхъ исходовъ. Послѣ извѣстныхъ мнѣ 179 случаевъ послѣдовало 3 летальныхъ исхода.

Насколько въ этихъ 3 случаяхъ летальный исходъ зависѣлъ отъ операціи или другихъ причинъ, ясно изъ слѣдующаго:

Относительно летальнаго исхода въ случаѣ 112 Herman указываетъ, что во время операціи сдѣлано опущеніе въ анти-

септикѣ и острый перитонитъ, отъ котораго больная умерла, можетъ быть поставленъ въ зависимость только отъ этого.

Въ случаѣ 168 больная, по мнѣнію Alexander'a, заражена сидѣлкой и умерла отъ піэміи.

Въ случаѣ 169 больная, насколько можно судить по краткому описанію, умерла отъ хронической піэміи, которая едва ли можетъ быть поставлена въ зависимость отъ травмы нанесенной при операціи, а скорѣе должна быть отнесена къ опущенію въ антисептикѣ или зараженію.

3) Въ случаѣ 173 было обостреніе периметрита; въ случаѣ 94 peritonitis subacuta, но и въ томъ и въ другомъ были сращенія и операція была противупоказана.

Въ одномъ случаѣ (набл. 59) послѣоперaціонный періодъ протекалъ при явленіяхъ, грозившихъ жизни больной, но изъ описанія случая трудно сказать, чему это должно быть приписано.

Несомнѣнно, что и послѣ укороченія круглыхъ связокъ встрѣтятся и обильное нагноеніе, и перитонитъ, и летальные исходы, и, вѣроятно, другія осложненія, но при данныхъ успѣхахъ хирургіи все это меньше всего можно будетъ приписать самой операціи.

Произведенная при строго антисептической обстановкѣ операція не представляетъ опасности для жизни.

VI. Между послѣдствіями операціи указываютъ только на 1) возможность образованія паховой грыжи и 2) патологическую антеверсію или флексію, вслѣдствіе ненормальнаго укрѣпленія матки.

А. Изъ сказаннаго уже раньше [1]) ясно, что анатомически нельзя возражать противъ возможности образованія паховой грыжи послѣ укороченія круглыхъ связокъ.

Клиническія наблюденія идутъ однако нѣсколько въ разрѣзъ съ анатомическими изслѣдованіями.

На 15 операцій на трупахъ, гдѣ связки не были патологически измѣнены, я 9 разъ могъ замѣтить большую или меньшую инвагинацію брюшины, въ связи съ которой стоитъ и возможность образованія грыжи, а на 179 клиническихъ наблюденій инвагинація брюшины, считая и случай Herman'a, отмѣчена 4 раза (набл. 112, 115 и 179) [2]).

---

[1]) Смотр. стр. 101—102.

[2]) О 4 случаѣ упоминаетъ Adams (Brit. Med. Journ. 1885. Vol. II, стр. 672).

Правда, что инвагинація брюшины не всегда достигаетъ такихъ размѣровъ, чтобы брюшина видна была у наружнаго отверстія паховаго канала, и, можетъ быть, потому она и не отмѣчена при клиническихъ наблюденіяхъ. Если даже взять изъ анатомическихъ изслѣдованій только тѣ случаи, гдѣ инвагинація брюшины замѣчена снаружи, то и тогда мы будемъ имѣть на 15 случаевъ инвагинацію 5 разъ, а послѣ 179 операцій паховыя грыжи произошли только въ 4 случаяхъ, причемъ въ 2 (набл. 165 и 170) односторонція, а въ 2 случаяхъ Imlach'а неизвѣстно, образовалась ли грыжа на одной сторонѣ или на обѣихъ.

Зависитъ ли это различіе въ результатахъ отъ трупнаго измѣненія тканей, или, можетъ быть, отъ того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ вытягиваніе связокъ на трупѣ производилось при нормальномъ положеніи матки, рѣшить трудно, хотя и то и другое предположеніе вѣроятно.

Насколько возможность происхожденія грыжи зависитъ отъ способа заживленія раны, пока еще рѣшить трудно.

Zeiss [1]) происхожденіе грыжи у одной изъ его оперированныхъ (набл. 165), объясняетъ заживленіемъ per secundam и думаетъ, что prima intentio (lineäre Verheilung) въ состояніи предупредить образованіе грыжи.

Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (набл. 170) грыжа образовалась при заживленіи раны per primam intentionem.

При вскрытіи нашей послѣдней оперированной (набл. 179), у которой во время операціи инвагинація брюшины замѣчена на обѣихъ сторонахъ, констатировано слѣдующее: на лѣвой сторонѣ, гдѣ рана зажила per primam, внутреннее паховое отверстіе открыто и на сант. пропускаетъ конецъ указательнаго пальца; на правой, гдѣ рана въ глубокихъ слояхъ заживала при нагноеніи, внутреннее отверстіе паховаго канала закрыто.

Такимъ образомъ, наши наблюденія и Zeissa расходятся между собой.

Что же касается происхожденія паховыхъ грыжъ въ зависимости отъ способа укрѣпленія связокъ въ ранѣ, то изъ сказаннаго раньше [2]) ясно, что именно въ немъ слѣдуетъ искать условій

---

[1]) Verhandl. der deutsh. Gesellsch. für Gynäcol. I Kongress. 1886. стр. 255

[2]) Смотр. стр. 111—112.

для происхожденія грыжи послѣ операціи, такъ какъ инвагинація брюшины по длинѣ паховаго канала при этомъ способѣ укрѣпленія связки не устраняется.

Alexander[1]) также склоненъ объяснять происхожденіе грыжи въ 2 случаяхъ Imlach'а тѣмъ, что связки были вшиты только однимъ тонкимъ кэтъ-гутовымъ швомъ. Я тоже присоединился бы къ мнѣнію Alexander'а. Прочное вшиваніе связки по длинѣ раны должно въ извѣстной степени гарантировать отъ такого неблагопріятнаго послѣдствія операціи.

Мнѣ кажется, что если при операціи вскрыть паховой каналъ по его длинѣ и вшить связку вмѣстѣ съ брюшиной у внутренняго паховаго отверстія, то условія для происхожденія грыжи будутъ устранены.

Во всякомъ случаѣ образованіе паховой грыжи послѣ укороченія круглыхъ связокъ, хотя и рѣдкій фактъ, но констатированный и возможность такого послѣдствія всегда слѣдуетъ имѣть въ виду при операціи.

В) Патологической антеверсіи или флексіи ни въ одномъ изъ нашихъ клиническихъ наблюденій не констатировано, но 6 такихъ случаевъ мнѣ извѣстны изъ литературы.

1) Изъ приведеннаго мною раньше [2]) о значеніи круглыхъ связокъ для нормальнаго положенія матки не видно, чтобы связки эти могли самостоятельно удержать матку впереди. Въ этіологіи антеверсіи или флексіи я только у Kocks'а [3]) нашелъ указаніе на то, что сморщиваніе (Schrumpfung) круглыхъ связокъ можетъ служить причиной этихъ неправильныхъ положеній матки, но другіе авторы (Fritsch, Hegar, Küstner, Martin, Schroeder, Schultze и Winckel) объ этомъ умалчиваютъ.

2) На трупахъ чрезмѣрнымъ вытягиваніемъ связокъ можно маткѣ придать положеніе рѣзкой антеверсіи, но вѣдь это не говоритъ за подобную возможность у живыхъ. На трупѣ круглыя связки — шнурки, потерявшіе свойственныя имъ у живыхъ эластичность и сократительность.

Допуская такую же возможность у живыхъ, я не вижу однако

---

[1]) Edinb. Med. Journ. 188⁴/₅. Vol. XXX, стр. 1033.
[2]) Смотр. стр. 145—147.
[3]) Die norm. und path. Lage und Gest. des Uterus. 1880. стр. 68.

необходимости чрезмѣрнаго вытягиванія связокъ при операціи. Какъ установить матку въ нормальномъ положеніи во время операціи, точно указано. Если иногда при операціи маткѣ и придается положеніе не рѣзкой антеверсіи, то она тотчасъ же парализуется существующимъ разслабленіемъ всего связочнаго аппарата. Ссылка Winckel'я [1]) на то, что неизвѣстно, насколько должны быть укорочены связки въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, не имѣетъ значенія послѣ того, что сказано объ этомъ вопросѣ раньше [2]).

Результатъ вскрытія нашей послѣдней оперированной (набл. 179) также говоритъ за то, что круглыя связки не удерживаютъ матку, какъ шнурки. Съ наступленіемъ смерти и разслабленія связокъ матка, $4^1/_2$ мѣсяца удерживавшая нормальное положеніе, оказалась въ положеніи ретроверсіи.

3) Winckel [3]), который главнымъ образомъ указываетъ на возможность образованія патологической антефлексіи версіи послѣ операціи, одинъ разъ говоритъ, что послѣ удачной операціи матка вначалѣ можетъ быть и хорошо фиксирована, но никто не можетъ указать, какъ скоро круглыя связки опять растянутся; другой разъ Winckel же утверждаетъ, что связки могутъ ненормально фиксировать матку. Съ одной стороны ненормальная фиксація матки круглыми связками, съ другой растяженіе связокъ; въ общемъ противорѣчіе.

Alexander также указываетъ, что при чрезмѣрномъ вытягиваніи связокъ можно получить антеверсію матки, и онъ же говоритъ, что при операціи матка не подвѣшивается на круглыхъ связкахъ, иначе онѣ не будутъ въ состояніи выдержать непосильной для нихъ тяжести и либо не произойдетъ сращенія связокъ въ ранѣ, либо связки должны растянуться. Развѣ создавая патологическую антеверсію, мы не подвѣшиваемъ матку на круглыхъ связкахъ и не заставляемъ ихъ удерживать на себѣ всю тяжесть матки и сопротивляться къ тому еще расширенію пузыря при его наполненіи? Опять противорѣчіе!

4) Если бы связки дѣйствительно были въ состояніи удержать матку въ такомъ патологическомъ положеніи, то онѣ должны

1) Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gynäcol. I Kongress. 1886. стр. 264.
2) Смотр. стр. 160.
3) Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gynäcol. I Kongress. 1886. стр. 264.

быть сильно напряжены и ихъ можно было бы прощупать, чего ни одинъ изъ операторовъ, въ томъ числѣ и Alexander, не отмѣтилъ.

5) Наконецъ, если даже допустить, что круглыя связки въ состояніи удержать матку въ положеніи патологической антеверсіи флексіи, то это будетъ говорить только за слѣдующее:

a) Круглымъ связкамъ должна быть приписана болѣе важная роль въ приданіи маткѣ извѣстнаго положенія, конечно, и нормальнаго.

b) Значеніе этихъ же связокъ въ этіологіи смѣщеній матки далеко серьезнѣе, чѣмъ до сихъ поръ предполагали. Ни того, ни другаго однако не признаютъ авторы, которые, главнымъ образомъ, указываютъ на возможность потологической антеверсіи или флексіи послѣ операціи.

c) Созданіе такого неправильнаго положенія матки не есть необходимое послѣдствіе хорошо произведенной операціи, а результатъ чрезмѣрнаго вытягиванія связокъ. Послѣднее же вполнѣ зависитъ отъ оперирующаго и только ему можетъ быть поставлено въ вину.

6) Я собственно не могу себѣ достаточно уяснить, какимъ образомъ укороченіе круглыхъ связокъ, при нормально установленной маткѣ, въ результатѣ можетъ дать патологическую антеверсію или флексію матки и извѣстные 6 случаевъ антеверсіи послѣ укороченія круглыхъ связокъ (набл. 78, 91, 114, 120, 121 и 122), могу приписать только ихъ чрезмѣрному вытягиванію.

7) Какимъ образомъ въ одномъ случаѣ Alexander'а (набл. 133) послѣ чрезмѣрнаго вытягиванія связокъ ретрофлектированная до операціи матка оказалась незначительно антевертированной и пролабированной (slight anteversion and prolapse), я себѣ даже точнаго представленія не могу составить. Alexander при этомъ еще указываетъ, что больная была очень безпокойна, еще до заживленія ранъ встала съ постели, сошла внизъ по лѣстницѣ. Что же при этомъ связки оторвались или растянулись? Тогда не зачѣмъ говорить о чрезмѣрномъ вытягиваніи связокъ и становится еще болѣе непонятнымъ, почему матка была въ положеніи антеверсіи а не ретрофлексіи, которое ей удобнѣе было принять послѣ растяженія или отрыва связокъ.

Взвѣсивъ все вышесказанное объ укороченіи круглыхъ связокъ, какъ методѣ оперативнаго леченія нѣкоторыхъ неправильныхъ положеній матки, и основываясь на своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ и клиническихъ наблюденіяхъ, а также принимая во вниманіе изслѣдованія и результаты операціи, извѣстные изъ литературы, мы считаемъ возможнымъ сказать слѣдующее:

1) Отыскиваніе наружнаго отверстія паховаго канала въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ представить такія затрудненія, что уже съ этого момента можно считать операцію неоконченной или предсказать ея неуспѣхъ.

2) Ligamenta rotunda будутъ ли онѣ толстыя, тонкія, болѣе или менѣе сухожильныя или мышечныя, плотныя или хрупкія всегда существуютъ, но найти ихъ можно иногда съ очень большимъ трудомъ, а вытянуть далеко не во всѣхъ случаяхъ.

3) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ связки могутъ быть вытянуты на значительную длину безъ всякаго вліянія на положеніе матки.

4) Ограничиваться укороченіемъ только одной связки нераціонально.

5) Нельзя опредѣлить отношенія между степенью поднятія матки и длиною вытянутыхъ связокъ.

6) Пораненіе брюшины при вытягиваніи связокъ представляетъ возможное, но рѣдкое осложненіе операціи.

7) Инвагинація брюшины въ паховой каналъ при операціяхъ на трупахъ наблюдается довольно часто.

8) Анатомически нельзя возражать противъ возможности образованія паховой грыжи, какъ послѣдствія этой операціи.

9) Существующимъ способомъ укрѣпленія связокъ въ ранахъ не устраняется возможность образованія грыжи.

10) Укороченіемъ круглыхъ связокъ выпавшей, наклоненной или искривленной назадъ маткѣ можно придать нормальное положеніе.

11) На трупахъ всегда можно констатировать, что при укороченіи круглыхъ связокъ возстановляется: 1) правильное положеніе тазовой перегородки, образуемой широкими связками и маткой и 2) нормальный размѣръ и положеніе маточно-рукавнаго угла.

12) Укороченіемъ круглыхъ связокъ опущеніе яичниковъ, если они только не фиксированы, можетъ быть устранено на столько, на сколько оно зависитъ отъ неправильнаго положенія матки и широкихъ связокъ.

13) Выпаденіе стѣнокъ рукава укороченіемъ круглыхъ связокъ устраняется только отчасти и для полнаго излеченія требуетъ дополнительной пластической операціи.

14) Операція противупоказана во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матку нельзя привести въ нормальное положеніе зондомъ и гдѣ вѣсъ ея значительно увеличенъ. Кромѣ того отъ нея должно безусловно отказаться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при существованіи ложныхъ перемычекъ, матка и можетъ быть редрессирована, и очень осторожно слѣдуетъ приступать къ операціи тамъ, гдѣ въ анамнезѣ имѣются указанія на воспалительные процессы, которыми могли быть задѣты и круглыя связки.

15) На живыхъ представляются такія же затрудненія въ производствѣ операціи какъ и на трупахъ, а потому мы не можемъ согласиться съ авторами, которые приписываютъ всѣ трудности операціи на трупахъ исключительно окоченѣнію. Вѣроятно и оно имѣетъ значеніе для увеличенія встрѣчающихся затрудненій, но въ самомъ видѣ наружнаго конца связокъ, условіяхъ его нахожденія и изоляціи имѣется достаточно данныхъ для того, чтобы встрѣтиться съ этими затрудненіями и помимо окоченѣнія.

16) Заключенія, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13 и 14, добытыя при анатомическихъ изслѣдованіяхъ, подтверждаются и клиническими наблюденіями съ тою только разницей, что у живыхъ инвагинація брюшины встрѣчается очень рѣдко.

17) Обильное нагноеніе въ ранахъ можетъ уничтожить эффектъ операціи.

18) Укороченіемъ круглыхъ связокъ исправляется только неправильное положеніе матки, другія ея патологическія измѣненія будутъ всегда требовать спеціальнаго леченія.

19) Болѣзненные припадки устраняются операціей настолько, насколько они зависятъ отъ смѣщенія органовъ, положеніе которыхъ при этомъ исправляется.

20) Произведенная при строго антисептической обстановкѣ, операція не представляетъ опасности для жизни.

21) На большую самостоятельность операція имѣетъ право при ретроверсіи и ретрофлексіи, зависящей отъ разслабленія связочнаго аппарата матки, и въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ первичнаго пролапса, гдѣ связки матки не атрофированы, стѣнки рукава незначительно выворочены и промежность цѣла или мало растянута.

22) Въ остальныхъ случаяхъ пролапса укороченіе круглыхъ связокъ служитъ только вспомогательной операціей и должно быть комбинировано съ пластическими операціями на стѣнкахъ рукава и промежности.

23) При этой комбинаціи укороченіе круглыхъ связокъ должно быть произведено прежде и уже по прочномъ сращеніи связокъ (чрезъ 1—2 мѣсяца) можно приступить къ пластическимъ операціямъ.

24) Матка послѣ операціи не виситъ на круглыхъ связкахъ и не исключительно ими удерживается въ нормальномъ положеніи; ихъ укороченіемъ, помимо возстановленія ихъ функціи, въ полости таза создаются условія, при которыхъ относительно недостаточная остальная часть связочнаго аппарата матки получаетъ возможность правильно работать и тѣмъ удерживать ее въ нормальномъ положеніи.

25) Патологической антеверсіи или флексіи матки укороченіемъ круглыхъ связокъ не создается. Такое неправильное положеніе маткѣ можно придать чрезмѣрнымъ вытягиваніемъ связокъ (Alexander), но это должно быть поставлено въ вину оператору.

26) Беременность и роды протекали послѣ этой операціи безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій.

27) Многія изъ перечисленныхъ заключеній 1) значительно ограничиваютъ примѣненіе операціи, 2) не даютъ и не скоро дадутъ ей право гражданства среди другихъ оперативныхъ методовъ леченія неправильныхъ положеній матки, котораго она по клиническимъ результатамъ все же заслуживаетъ и 3) удерживаютъ многихъ хирурговъ отъ производства этой операціи.

28) Не слѣдуетъ приступать къ этой операціи, недостаточно изучивъ ее на трупѣ.

Литература [1]).

1) **Adams** (J. A.). A new operation for uterine displacements. Glasgow. Med. Journ. Vol XVII, стр. 437—446.

2) **Adams** (J. A.). Shortening the round ligaments. Brit. Med. Journ., 1885. II стр. 672.

3) **Alexander** (W). A new method of inverterate and troublesome displacements of the uterus. Med. Times and Gaz. 1882. I, стр. 327.

* 4) **Alexander** (W). A new method of treating displacements of the uterus. Liverpool M. Chir. Journ. 1883. III, стр. 113—124. Рефератъ въ Braithewaite's retrospect of Medicine Vol LXXXVII. 1883, стр. 83.

5) **Alexander** (W). The treatment of backward displacements of the uterus and prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments. London. 1884.

6) **Alexander** (W). On the operation of shortening the round ligaments. Edinb. Med. Journ. XXX. $18^{84}/_{85}$, стр. 1030—1033.

7) **Alexander** (W). The cure of some uterine displacements. Annals of Surg. 1885. Vol. I. № 5, стр. 426—439.

8) **Alexander** (W). The operation for correcting some uterine displacements by shortening the round ligaments. Med. Press. and Circ. 1885. Vol. XL, стр. 45.

* 9) **Alexander** (W). On the permanence of the operation of shortening the round ligaments for prolapse with hikts as to its mode of performance. Med. Chron. Manchester. 1885 II, стр. 369—374 Рефератъ въ Braithewaite's retrospect of Medicine Vol. XCII. 1885, стр. 386.

10) **Alexander** (W). Shortening the round ligaments. Brit. Med. Journ. 1885. Vol. II, стр. 416.

11) **Alexander** (W). Shortening the round ligaments. Brit. Med. Journ. 1885. Vol. II, стр. 671.

12) **Alexander** (W). The operation for correcting some uterine displacements by shortening the round ligaments. Brit. Gynaecol. Journ. 1885. Vol I, стр 246—269.

13) **Allan**. A case of Alexander's operation. Lancet. 1884, стр. 1030.

14) **Alquié**. Nouvelle methode pour traiter les divers déplacements de la matrice (Rapport. de M. M. Baudelocque, Bérard et Villeneuve). Bulletin de l'Academie Royale de Médicine Tome X. $184^{4}/_{5}$, стр. 192—195.

15) **Alquié**. Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des operations. Montpellier. 1850.

[1]) Звѣздочкой отмѣчены тѣ статьи, которыхъ я не могъ найти ни въ одной изъ доступныхъ мнѣ библіотекъ С.-Петербурга. Рефераты, которыми я пользовался въ работѣ отмѣчены у каждой изъ оригинальныхъ статей.

16) **Aran**. Leçons cliniques sur les maladies de l'uterus. Paris. 1858—1860.

17) **Aran**. Études anatomiques et anatomo-pathologiques sur la statique de l'uterus. Arch. génér. de médicine. 1858. Vol. I.

18) **Beurnier**. Notes sur l'anatomie de ligaments ronds au point de l'operation d'Alexander. Union Méd. 1885, № 168. стр. 942.

19) **Beurnier**. Ligaments ronds de l'utérus. Anatomie. — Physiologie.—Médicine operatoire. Paris. 1886. Рефератъ въ Nouv. Arch. d'obstetr. et de gynécol. 1886, № 10. (Répetoire universel № 15, 16 и 17, стр. 388—391).

20) **Bulletin** de l'Académie Royale de Médicine 1840—41. Tome VI, стр. 223.

* 21) **Campbell**. Four cases of Alexander's operation for prolapsus and retroversion of the uterus. Liverpool M. Chir. Journ. 1883. III, стр. 235—240. Рефератъ въ Braithewaite's retrospect of Medicine. Vol. LXXXVIII. 1883, стр. 376.

22) **Centralblatt** für Gynäcol. 1886, № 4 и № 6.

23) **Deneffe**. Raccourcissement des ligaments ronds pour la cure de la retroversion, de la retroflexion et de la chute de l'uterus. Presse méd. belge. 1885. T. XXXVII, стр 209—211.

* 24) **Deneffe**. Raccourcissement des ligaments ronds pour la cure de la rotroversion, de la retroflexion et de la chute de l'uterus. An. Soc. de méd. de Gand. 1885. T. LXIV, стр. 135--138.

25) **Doleris** et **Ricard**. Récherches anatomiques et operatoire à propos du raccourcissement de ligaments ronds ou operation dite d'Alexander—Adams. Union Médic. 1885. T XL, стр. 865—869.

26) **Doleris** et **Ricard**. Nouvelles études sur l'operation d'Alexander. Union Médic. 1885. XL, стр. 1057—1060.

27) **Doleris**. Anal. de gynécol. et d'obst. Tome. XXV. 1886. Janvier., стр. 62—65.

28) **Doleris**. De l'operation du raccourcissement de ligaments ronds. Nouv. Arch. d'obstetr. et de gynécol. 1886. № 1, стр. 10—30, № 2, стр. 69—80; № 3, стр. 158—164 и № 4, стр. 229—240.

29) **Doleris**. Traitement operatoire du prolapsus uterine par la colpepérineorrhaphie et raccourcissements des ligaments ronds combinés. Nouv. Arch. d'obstetr. et de gynécol. 1886. № 6 стр. 350—358.

* 30) **Donald**. Alexander's operation. Homeop. Journ. Obst. 1886. Vol. VIII, стр 44—48.

31) **Duncan** (W).. Shortening the round ligaments. Brit. Med. Journ. 1885. II, стр. 123.

32) **Duncan** (W). Shortening the round ligaments. Brit. Med. Journ. 1885. II, стр. 465.

33) **Duran Fardel**. L'opération d'Alexander. Raccourcissement des ligaments ronds pour la cure de la rétroversion et rétroflexion de l'utérus. Gaz. med. de Paris. 1885. II. № 2, стр. 17—19.

34) **Elder**. A case of Alexander's operation of shortenig the round ligaments of in a case aggravated prolapse and retroflexion. Brit. Med. Journ. 1884. II, стр. 959—960.

* 35) **Fowler**. Two cases of Alexander's operation of shortening the round ligaments Ann. of. Surg. 1886. IV, стр. 42—46.
36) **Fritsch**. Die Lagerveränderungen der Gebärmutter. Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth und Luecke. Stutgart. 1885. B. I.
37) **Fränkel**. Ueber die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviationen des Uterus. Tagebl. der 59. Versamml. deutsch. Naturforscher und Aerzte. Berlin. 1886, стр. 212—216.
* 38) **Gardner**. The new operation of shortening the round ligaments for troublesome and inverterate displacements of uterus. Austral. med. Gaz. 1883—84. III, стр. 55—57.
39) **Gardner**. Alexander's operation on the round ligaments. Austral. med. Journ. 1884. VI, стр. 390—396.
40) **Gardner** The Alexander—Adams operation on the round ligaments. Glasgow. Med. Journ. 1884. XXII, стр. 321—327.
* 41) **Gehrung**. The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments, critically reviewed. Denwer. Med. Times. 1884—85. IV, стр. 150—153.
42) **Hegar** und **Kaltenbach**. Die operative Gynäcologie. 3 Auflage. 1886. Stutgart.
43) **Henke**. Topographische Anatomie des Menschen. Berlin. 1884.
44) **Herman**. Hypertrophy of infra-vaginal cervix; prolapse; Alexander's operation-peritonitis; death. Med. Times and Gaz. 1885. II, стр. 112.
45) **Harrington**. The operation of shortcuing the round ligaments with two cases. Boston med. and surg. Journ. 1886. Vol. XIX, стр. 390—392.
46) **Heydenreich**. (Alb). L'opération d'Alexander. Semaine médicale. 1886. № 30.
47) **Imlach**. On shortening the round ligaments of the uterus. Edinb. Med. Journ. XXX. 1884—85, стр. 913—918.
* 48) **Imlach**. Du raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus. Rev. méd. chir. de mal. d. femmes. 1885. VII, стр. 276—284.
49) **Kehrer**. Zur Keiserschnitsfrage. Arch. für Gynäcol. B. XXVII. 1886, стр. 262.
50) **Kocks**. Die normale und pathologische Lage und Gestalt des Uterus. Bonn. 1880.
51) **Küstner**. Normale und pathologische Lagen und Bewegungen des Uterus. Stutgart. 1885.
52) **Lediard**. Alexander and Adams operation on the round ligaments. Brit. med. Journ. 1884. Vol. I, стр. 354.
* 53) **Mangiagalli**. L'accrociamento cruento dei legamenti rotondi come cura radicale degli spostamenti dell'utero all'indietro ed el baso Gaz. d. osp. Milano. 1885, стр. 145 и 153.
* 54) **Mangiagalli**. Le raccourcissement des ligaments ronds

d'après la méthode sanglante comme traitement radical des déplacements de l'uterus en arriére et en bas. Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux. 1885. VI, стр. 389 и 399.

55) **Manrique.** Etude sur l'opération d'Alexander (Raccourcissements des ligaments ronds). Paris. 1886.

56) **Martin.** Ueber Prolapsoperationen. Deutsche med. Wochenschrift. XII. 1886, стр. 17—20.

* 57) **Masse.** Traitement de deviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds, opération d'Alquié, l'utéro-inguinoraphie, operation d'A. Adams. Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux. 1885. VI, стр. 95—98.

* 58) **Masse.** Traitement de deviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds; operation d'Alquié, l'utero-inguinoraphie, operation d'A. Adams. Gaz. hebd. de sc. méd. de Bordeaux. 1885. VI, стр. 119 и 138.

59) **Miller.** Two cases of Alexander—Adam's operation for displacement of the uterus. Glasgow. med. Journ. 1884. XXII, стр. 121—125.

60) **Mundé.** Four cases of Alexander's operation of shortening the round ligaments of the uterus for retroversion. New. engl. medic. monthly. 1885. Vol. IV. № 8, стр. 353—357.

61) **Mundé.** Four cases of Alexander's operation of shortening the round ligaments for retroversion. Am. Journ. Obst. 1885. Vol. XVIII. стр. 1188—1190.

62) **Mundé.** Alexander's operation. Brit. Gynaecol. Journ. 1885. Vol. I, стр. 503.

63) **Nancrede.** Shortening of the round ligaments; Alexander's operation. Med. and. surg. Reporter. Philad. 1885. Vol. VIII, стр. 681—683.

64) **Parish.** Alexander's operation. N. Iork med. Journ. 1885. Vol. XLI. стр. 621.

65) **Polk.** On Alexander's operation for retroversion of the uterus. Philad. med. Times. 1884—85. Vol. XV, стр. 857—860.

66) **Polk.** A successful case of Alexander's operation. Am. Journ. Obst. 1886. Vol. XIX, стр. 158.

67) **Polk.** The cure of procidentia by Alexander's operation. Americ. Journ. Obst. 1886. Vol. XIX, стр. 605—606.

68) **Polk.** Alexander's operation. («Shortening of the round ligaments» with a Report upon fifteen cases). Medic. Record. 1886. Vol. XXX. стр. 1—4.

69) **Rabenau.** Ueber eine neue operative Behandlung der Retroflexio uteri. Berlin. klin. Wochenschr. 1886. XXIII. № 18, стр. 284—286.

70) **Reid.** On the operation (Alexander—Adams) of shortening the round ligaments for uterine displacements with tree cases. Brit. med. Journ. 1884. Vol. II, стр. 958.

71) **Rivington.** The operation of shortening the round ligaments for remediing uterine displacements. Brit. med. Journ. 1885, Vol. I, стр. 425.

72) **Sänger**. Ueber Behandlung der Retroversio-flexio. Mittheilungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Leipzig. 1884, стр. 19—21.
73) **Schroeder**. Die Krankheiten der Geschlechtsorgane. Leipzig. 1886.
74) **Schultze**. Die Pathologie und Therapie der Lagerveränderungen der Gebärmutter. Berlin. 1881.
75) **Sinclair**. Notes on a case of Alexander—Adams operation. Edinb. Med. Journ. 1885—86. XXXI, стр. 250—253.
76) **Sinclair**. Notes on a case of Alexander—Adams operation. Trans. of the Edinb. obst. soc. 1884—85. Vol. X, стр. 164—167.
77) **Spiegelberg**. Die Nerven und die Bewegung der Gebärmutter. Monatsch. für Geburtsk. und Frauenkrankh. 1864. T. XXIV.
78) **Thibaut**. Traitement opératoire du prolapsus uterin par I. A. Doleris. Gaz. méd. de Paris. 1886. Vol. LVII. № 45, стр. 170—173.
79) **Tissier**. France Medicale. 1885. Tome I. № 69, стр. 827—828.
80) **Thorburn**. A practical treatise on the diseases of women. London. 1885.
81) **Vidal de Cassis**. Traite de Pathologie externe. T. V. 5 Edition. Paris, стр. 367 и 369.
82) **Winckel**. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig. 1886.
83) **Winslow**. A case of procidentia uteri treated by shortening the round ligaments; combined with kolpoperineoraphy. Med. News. Philad. 1884. Vol. XIV, стр. 598.
84) **Zeiss**. Ein Fall von Verkürzung der Ligamenta rotunda uteri (Alexander—Adams'sche Operation). Centr. für Gynäcol. 1885. № 44.
85) **Zeiss**. Zur Alexander—Adams'schen Operation. Verhandl. der deutsch. Gesellch. für Gynäcol. Erster Kongress. Leipzig. 1886, стр. 252—265.
86) **Zeitschr** für Gebkd. XXIII. 1847, стр. 117.
87) **Протоколы** акушерско-гинекологическаго общества въ С.-Петербургѣ, №№ 1 и 4.
88) **Рясенцевъ**. Случай успѣшнаго излеченія ретрофлексіи матки помощью операціи: Abbreviatio ligamentorum rotoudorum uteri (Alexander-Adams). Русская медицина. 1885, № 12.
89) **Рясенцевъ**. Abbreviatio ligamentorum rotundorum uteri, какъ методъ оперативнаго леченія ретрофлексіи, ретроверсіи, опущенія и выпаденія матки. Приложеніе къ протоколу № 2 акушерско-гинекологическаго общества въ С.-Петербургѣ. 1886.
90) **Рясенцевъ**. Случай успѣшнаго излеченія полнаго выпаденія матки помощью операціи Abbreviatio ligamentorum rotundorum uteri. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1887. Февраль.
91) **Tillaux**. Руководство къ топографической анатоміи пер. Таубера. С.-Петербургъ. 1883.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Укороченіемъ круглыхъ связокъ выпавшей, наклоненной или искривленной назадъ маткѣ можно придать нормальное положеніе.

2) Паталогическая анатомія связочнаго аппарата матки при ея смѣщеніяхъ еще недостаточно изучена.

3) Въ интересахъ распространенія оваріотоміи въ Россіи, операція эта не должна быть случайной въ рукахъ врачей.

4) Никакія законодательныя и карательныя мѣры не заставятъ акушерокъ примѣнять антисептику въ акушерской практикѣ до тѣхъ поръ, пока сами врачи не станутъ исполнять этого съ педантичной строгостью и пока въ сознаніи общества не вкоренится потребность въ антисептикѣ.

5) Увеличеніе кислой реакціи въ разлагающейся мочѣ не подлежитъ сомнѣнію для нѣкоторыхъ случаевъ [1]).

6) При кисломъ броженіи мочи образуется нѣкоторое количество сѣрной кислоты [2]).

7) Продолжительность желудочнаго пищеваренія у теплокровныхъ и холоднокровныхъ позвоночныхъ животныхъ находится въ зависимости отъ t^0, при которой оно совершается [3]).

---

[1]) Воен. Медицин. Журн. 1876 г. №№ 8 и 9.
[2]) Ibidem.
[3]) Ibidem. 1882. № 2.

ОПЕЧАТКИ:

Стр.	*Строка.*	*Напечатано.*	*Слѣдуетъ читать.*
5	6 сверху	спѣх овъ	успѣховъ
19	5 и 6 сверху	ретровертированпыя	ретровертированныя
28	10 снизу	Munde	Mundé
95	16 сверху	abdoninis	abdominis
102	13 »	тегко	легко
125	11 снизу	трубкѣ	трубѣ
155	19 сверху	Rocks	Kocks
160	1 снизу	Theparr.	Therap.